FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 18 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

Par M.

PARIS
IMPRIMERIE DES ÉCOLES
HENRI JOUVE
23, Rue Racine, 23
1889

M. LE
Rue

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 188 **THÈSE** N° 183

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 4 avril 1889, à 1 heure

Par Gustave LÉONET

Né à Saint-Bonnet-la-Rivière (Haute-Vienne), le 20 mars 1861.

Ancien interne de l'hôpital de Limoges
Ancien préparateur du cours d'anatomie à l'École de médecine de Limoges
Trois fois Lauréat de cette École.

MÉCANISME DU DÉGAGEMENT DES ÉPAULES
DANS LES ACCOUCHEMENTS NATURELS
Avec présentation du sommet

Président : M. LABOULBÈNE, *professeur*
Juges : MM. TARNIER, *professeur*. QUÉNU, BALLET, *agrégés*.

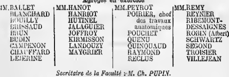
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES ÉCOLES
HENRI JOUVE
23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO. DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	DROUARDEL,
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUSS.
Clinique médicale	G. SÉE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	N.



Professeurs honoraires.
MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. HANOT	MM. PEYROT	MM. REMY
BLANCHARD	HANRIOT	POIRIER, chef des travaux anatomiques	REYNIER
BOUILLY	HUTINEL	POUCHET	RIBEMONT-DESSAIGNES
BRISSAUD	JALAGUIER	QUENU	ROBIN (Albert)
BRUN	JOFFROY	QUINQUAUD	SCHWARTZ
BUDIN	KIRMISSON	RAYMOND	SEGOND
CAMPENON	LANDOUZY	RECLUS	TROISIER
CHAUFFARD	MAYGRIER		VILLEJEAN
LEJERINE			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON VIEUX PÈRE ET A MA BONNE MÈRE

Faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MON FRÈRE, A MA BELLE-SŒUR

Hommage bien affectueux.

A MON ONCLE, MONSIEUR FOUGERAS LAVERGNOLLE

Médecin à Saint-Bonnet-La-Rivière

Homage bien affecteux.

A MONSIEUR PAUL LAGRANGE

Receveur de l'enregistrement à Limoges

Faible témoignage de ma reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Médecin à l'hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUDIN

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Accoucheur à l'hôpital de la Charité

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALLET

A MON PREMIER MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAZARD

Professeur honoraire à l'École de Médecine de Limoges

AVANT-PROPOS

M. le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris et après lui M. le Dr Lefour de Bordeaux, viennent de livrer à la publicité des recherches fort intéressantes sur le mécanisme du dégagement des épaules, dans les accouchements naturels, avec présentation du sommet. Cette question controversée depuis près d'un siècle, ne laisse pas de présenter quelque intérêt; aussi sur l'instigation de M. le Dr Auvard, et d'après ses bons conseils avons-nous résolu d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Nous inspirant des paroles de J. L. Petit : « La pratique vit de détails », nous nous sommes efforcés d'observer avec impartialité, pensant bien avec le grand maître qu'il n'est point dans la science de question accessoire, la plus banale en apparence pouvant être riche en conséquences et en déductions utiles.

Division du sujet. — Il est de toute nécessité, croyons-nous, avant d'aborder la description du mécanisme de sortie des épaules, d'exposer les différentes théories qui ont été émises jusqu'à ce jour. Aussi, allons-nous dans un premier chapitre nous occuper de l'historique de la question. Dans une seconde partie nous essayerons de décrire, avec observations à l'appui, les différents mécanismes du dégagement des épaules, leur fréquence relative et les causes qui les produisent. Enfin en troisième lieu, pour que ce travail ne soit pas complètement dépourvu d'intérêt

pratique, nous exposerons sous forme de conclusions, comment l'accoucheur doit intervenir à cette période de l'accouchement décrite par les auteurs modernes sous le nom de période d'expulsion des épaules et du tronc.

Les observations que nous avons l'honneur de publier dans le cours de ce travail, ont toutes été prises dans le service et sous les yeux de notre excellent maître, M. le Dr Budin ; qu'il nous soit permis de lui exprimer ici, notre sincère et respectueuse gratitude pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner, pour les bons et précieux avis que nous avons été heureux de recevoir de lui.

M. le Professeur Laboulbène a daigné nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse et de s'intéresser à nos études, nous le prions de vouloir bien agréer nos humbles remerciements et l'expression de notre sincère reconnaissance.

HISTORIQUE

Malgré nos recherches, nous n'avons pu trouver aucun renseignement dans les ouvrages des auteurs anciens qui avaient négligé la description détaillée du sixième temps de l'accouchement, expulsion du tronc de l'enfant. Baudelocque semble être le premier qui s'occupe de la question du dégagement des épaules dans son *Traité d'accouchement de* MDCCCXV, tome premier, page 310.

« Dans l'accouchement par le sommet, dit-il, les épaules qui se sont engagées obliquement dans le détroit supérieur,

viennent se présenter différemment à l'inférieur; l'épaule droite (dans la position O.I.G.), se tourne du côté du pubis et la gauche vers le sacrum, de sorte que leur plus grande largeur répond encore à celle de ce détroit ou au diamètre coccy-pubien. Après ce déplacement, l'épaule gauche continue à s'avancer vers le bas de la vulve, où elle paraît avant que la première ne se dégage au-dessous du pubis. Quand elles sont dehors l'une et l'autre, le reste du tronc se dégage avec la plus grande facilité. »

Madame Boivin en 1817 dans son *Mémorial de l'art des accouchements*, 2e édition, page 161, s'exprime ainsi: « La tête ayant franchi la vulve, les épaules déjà engagées dans le détroit abdominal, s'avancent vers l'excavation du bassin; l'épaule gauche se trouvant soumise à l'action directe de l'utérus (il s'agit ici d'un accouchement par le sommet O.I.G.), s'engage la première en glissant au devant de la symphyse sacro-iliaque gauche où elle est située et vient en décrivant un 1/2 quart de mouvement de rotation, se placer dans la courbure du sacrum. L'épaule droite, qui était restée au dessus de la cavité cotyloïde droite, se rapproche en devant et remonte obliquement vers la symphyse pubienne. L'épaule gauche, sur laquelle continue à agir la contraction utérine, parcourt toute la ligne courbe du sacrum et du périnée et sort la première; tandis que l'épaule droite reste un instant appuyée derrière le pubis. Celle-ci descend et se dégage à son tour.

Nous trouvons, en 1824, dans le *Traité complet d'accouchement de Gardien*, 3e édition, tome II, page 95, le passage suivant: « Lorsque la tête est hors de la vulve, les

épaules qui se sont engagées diagonalement au détroit supérieur, comme la tête, se tournent l'une vers le pubis, l'autre vers le sacrum ; il est étonnant que cette conversion des épaules qui se voit à l'œil, ait été si longtemps inconnue aux accoucheurs, et qu'elle ait échappé à Ould, qui avait remarqué celle de la tête ; Smelli est le premier qui en ait fait mention. L'épaule gauche répond au sacrum, s'approche de la vulve et commence à s'y engager, tandis que l'épaule droite reste appliquée derrière la symphyse du pubis, jusqu'à ce que l'autre paraisse au dehors. Ce qui indique, lorsqu'on aide au dégagement des épaules, de tirer principalement sur celle qui est en arrière.

« Il arrive quelquefois que l'épaule droite qui répond à l'arcade pubienne se dégage la première ; mais c'est ici une exception à la règle générale. »

Voici encore l'avis de Capuron (*Traité des accouchements*, 1828, 2e édition, page 204) que nous avons recueilli dans l'ouvrage de M. le Dr Auvard :

« Mais à mesure que le col se dégage, la tête prend une situation tout à fait transversale et les épaules se présentent directement à la vulve, la droite derrière la symphyse du pubis et la gauche à la commissure postérieure ; ce qui suppose qu'elles ont quitté la position diagonale qu'elles avaient à l'entrée du bassin, qu'elles ont exécuté un mouvement de spirale ou de pas de vis dans l'excavation et que la postérieure a suivi la courbure sacro-périnéale, pendant que l'antérieure lui servait de point d'appui derrière la symphyse du pubis ; enfin l'épaule postérieure qui est en arrière se dégage avant celle qui répond au

pubis, et la partie du tronc se dirige parallèlement à l'axe du détroit supérieur.

Dugès et Madame Lachapelle soutiennent aussi la même opinion. Voici ce que dit Dugès dans son *Traité des accouchements*, 1830, 2e édition.

« Alors, en effet, les épaules, dont le diamètre transversal s'était engagé diagonalement à la suite de la tête au détroit abdominal, exécutent une rotation qui amène l'une en avant (la droite, première position ; la gauche, deuxième position), l'autre en arrière ; celle-ci se dégage d'abord et le thorax sort dans la direction du plan vulvaire.

Dès 1832, il s'établit un courant nouveau ; nous trouvons en effet, à l'article accouchement, dans le *Dictionnaire de médecine* en trente volumes, ou *Répertoire général des sciences médicales*, au tome I, page 395, ainsi formulé l'avis de P. Dubois et Désormeaux :

« L'épaule droite qui s'est placée en avant et en haut se dégage ordinairement la première sous la branche ischio-pubienne droite, très près du sommet de l'acarde des pubis qu'elle couvre en partie, l'autre se dégage ensuite sur le bord antérieur latéral gauche du périnée ; nous avons vu quelquefois le contraire, mais nous ne croyons pas que ce soit la règle. »

Jacquemier dans son *Manuel des accouchements* de 1846, tome I, page 566, s'exprime ainsi à ce sujet :

« L'épaule droite, qui est en avant, s'est engagée sous l'arcade du pubis du côté droit, a glissé vers le bout de cette arcade et va se montrer la première à l'extérieur. L'épaule gauche qui était au devant de la symphyse iliaque gauche s'est rapprochée du coccyx et s'est avancée sur

le prolongement de cet os, à la commissure postérieure de la vulve, en distendant de nouveau le périnée refoulé en arrière. »

Puis Jacquemier ajoute : « Je crois que c'est avec raison, contrairement à l'opinion généralement admise, que M. P. Dubois a cherché à établir que l'épaule qui est en avant se dégage la première. Mais il est des cas où les deux épaules se dégagent en même temps, où la postérieure se dégage la première, et où elles se présentent au dehors sans éprouver leur mouvement de rotation. »

M. Cazeaux n'admet pas le dégagement de P. Dubois : Voici quel est son avis ; nous l'avons pris dans son *Traité d'accouchements* de 1846, 2e Édition, page 342.

« Rarement, dit-il, le diamètre bi-sacromial se trouve dans la direction du diamètre antéro-postérieur ; l'épaule antérieure ou sus-pubienne se montre la première à l'extérieur ; mais c'est en général l'épaule postérieure qui, parcourant la courbure périnéale, vient la première se détacher au devant de la commissure antérieure du périnée et l'autre se dégage ensuite. »

Pajot combat l'opinion de Cazeaux pour rétablir celle de P. Dubois.

Chailly-Honoré en 1853, devient éclectique ; il décrit de la façon suivante le mécanisme de la sortie des épaules : « C'est dans une situation diagonale que, dans la plupart des cas, les épaules se dégagent hors du détroit inférieur. L'épaule droite se place sous la branche ischio-pubienne droite, la gauche au-devant du ligament sacro-sciatique gauche ; de sorte que leur diamètre bi-sacromial est en

rapport avec le diamètre oblique droit du détroit inférieur.

« L'épaule antérieure suivant les uns, la postérieure suivant les autres, se dégage la première. Il n'y a pas de règle générale à cet égard, et on peut dire que, le plus souvent, les deux épaules franchissent à la fois la vulve (Mécanisme de l'accouchement spontané dans les présentations franches du sommet en O.I.G.A. *Traité d'accouchement*, page 357).

Stoltz, en 1864, dans le *Dictionnaire de Jaccoud, article accouchement*, tome I, se rallie à l'opinion de Paul Dubois : « L'épaule supérieure, dit-il, celle qui est placée derrière la ceinture antérieure du bassin, vient bientôt faire saillie à la vulve, comme a fait l'occiput au moment du dégagement de la tête ; puis l'inférieure glisse sur le plancher pelvien et vient se dégager au-devant de la fourchette ; car celle-ci s'est rompue au moment du passage de la tête.

M. de Soyres dans sa thèse, soutenue en 1869 (tome 13, thèse de Paris, N° 144, page 153), se montre partisan de l'opinion de P. Dubois. Nous verrons plus loin les détails dans lesquels il entre pour expliquer ce mécanisme de la sortie des épaules.

Nous citerons aussi pour mémoire, la thèse de M. Salmons, 1847, intitulée *Mécanisme de l'accouchement naturel et spécialement de l'accouchement type*. Thèse de Paris, tome 13, N° 116. Il se rallie complètement à l'opinion de P. Dubois.

Nous allons mettre fin à cette énumération historique, en mettant en parallèle les avis différents de deux maîtres plus modernes. M. Hubert, professeur à la faculté catholique

de Louvain, et M. Tarnier, professeur à la faculté de Paris.

Voici d'abord ce qu'a écrit M. le Professeur Hubert dans son *Traité des accouchements* de 1869, page 376.

« Mais arrivée près du détroit inférieur, l'épaule droite pivote vers l'arcade du pubis et la gauche vers la concavité du sacrum (rotation des épaules), le thorax chemine alors en avant; mais, le bras droit arrêté par le pubis, l'épaule gauche peut seule se mouvoir ; elle parcourt la gouttière du périnée pour venir se dégager la première, où en même temps que l'épaule droite ; le reste du tronc parcourt aisément la filière du bassin, en s'infléchissant sur son plan latéral droit, pour s'adapter à la courbure du canal. »

D'autre part ; M. le Professeur Tarnier s'exprime ainsi :

« L'épaule antérieure vient d'abord se placer au-dessous du pubis et apparaît à la vulve ; bientôt le tronc subit un mouvement d'inflexion latérale et l'épaule postérieure s'avance à son tour, parcourt toute la longueur du périnée et franchit la vulve pendant que l'épaule antérieure reste encore comme immobile sous le pubis. Aussi, peut-on discuter sans fin, pour savoir quelle est celle des épaules qui se dégage la première. Est-ce l'épaule antérieure par la raison qu'elle s'avance la première et vient se placer sous l'arcade pubienne ? Est-ce au contraire l'épaule postérieure par la raison qu'elle a franchi la vulve, alors que l'autre épaule est encore sous le pubis.

Pour rester purement dans le domaine de l'observation, nous répéterons que l'épaule antérieure se dégage en partie avant l'épaule postérieure ; mais que celle-ci sort complètement des parties génitales avant l'épaule anté-

rieure.» (*Traité des accouchements* par MM. Tarnier et Chantreuil 1882. Tome I, page 647).

Il semblait que cette question dut être résolue complètement après la magistrale description de M. le Professeur Tarnier, lorsque parut en 1889, un travail important de M. le docteur Auvard, sur le mécanisme de la sortie des épaules. Se basant sur un certain nombre d'observations, que nous nous proposons d'analyser plus loin, il conclut, tome II, page 122 de son ouvrage en disant : « Il me semble rationnel que le dégagement primitif de l'épaule postérieure constitue le mécanisme normal de l'accouchement et qu'au contraire, le dégagement primitif de l'épaule antérieure doit être considéré comme une anomalie (1).

M. le Dr Lefour de Bordeaux, dans un mémoire paru quelques jours après celui de M. Auvard, conclut que très souvent, pour ne pas dire le plus souvent, l'épaule postérieure sort avant l'antérieure ; il conseille, en terminant, de dégager toujours l'épaule postérieure la première.

En résumé, voici ce que nous enseigne la partie historique de cette question : Parmi les maîtres les plus distingués dans l'art des accouchements ; les uns, Baudelocque, Mme Boivin, Gardien, Capuron, Dugès, Mme La Chapelle, Cazeaux, M. Hubert de Louvain, MM. Auvard de Paris et Lefour de Bordeaux, soutiennent que l'épaule postérieure se dégage la première et parcourt toute la courbure périnéale, tandis que l'épaule antérieure reste fixée derrière la symphyse pubienne; les autres, Désor-

1. *Travaux d'obstétrique*; *Mécanisme de la sortie des épaules*, 1889.

meaux, Paul Dubois, Pajot, Jacquemier, Stoltz, de Soyres, M. le professeur Tarnier, pensent qu'on doit considérer comme plus fréquents les accouchements dans lesquels l'épaule antérieure se dégage la première sous la symphyse du pubis. Enfin Chailly-Honoré, croit que les épaules apparaissent à la vulve et se dégagent dans une situation légèrement diagonale.

Quelle n'a pas été notre surprise, dès le début de nos recherches, de constater entre les différentes personnes qui exercent l'art des accouchements, la même divergence d'opinion que parmi les maîtres cités plus haut. Mesdames les sages-femmes qui reçoivent chez elles des femmes en travail leur venant de la maternité et qui ont bien voulu nous prêter leur gracieux concours pour nos recherches, ont été presque toutes unanimes à nous dire que, d'après le résultat de leur expérience, l'épaule postérieure se dégage très souvent la première. A l'hôpital, à la clinique d'accouchement, l'avis émis par les personnes les plus compétentes est tout contraire. Pour elles, l'épaule antérieure apparaîtrait toujours la première sous la symphyse pubienne.

Au milieu de tant et de si grandes autorités, en matière d'accouchement, parmi des avis si différents, il serait, il nous semble bien difficile de faire son choix; aussi, désirant nous rendre compte par nous même du mécanisme ou des différents mécanismes du dégagement des épaules, avons nous pris nous même, un grand nombre d'observations,sur lesquelles nousnous baserons pour émettre notre humble avis sur cette question, sujet de tant de controverses; nous essayerons de démontrer comment on

peut expliquer des théories en apparence si différentes, concilier des opinions si opposées.

DEUXIÈME PARTIE

MÉCANISME DU DÉGAGEMENT DES ÉPAULES.

Nous croyons utile, avant l'exposition méthodique de notre sujet, d'indiquer tout d'abord les précautions que nous avons dû prendre, afin de nous mettre toujours dans les conditions les plus favorables, pour obtenir un dégagement spontané de l'épaule qui devait apparaître et se dégager la première.

La tête une fois hors des organes génitaux maternels, peut, ainsi que l'a fort judicieusement observé M. le Dr Auvard, entraîner par son poids l'épaule antérieure la première sous la symphyse du pubis. Afin de parer à cet inconvénient, nous avons, dans un certain nombre de cas, fait placer sous la tête de l'enfant un petit coussin de compresses, afin que cette extrémité soutenue et non soulevée, put y opérer sans gène son mouvement de rotation externe. Au bout de quelques séances, on nous objecta que cette précaution empêchait l'élève pratiquant l'accouchement, de soutenir le périnée de la parturiente, au moment du dégagement des épaules; nous avons dû nous rendre à de si justes réclamations et recourir à un autre procédé. Nous avous prié l'élève pratiquant l'accouchement, de vouloir bien mettre sa main à plat sous la tête

de l'enfant dès qu'elle se dégageait, en ayant bien soin de ne pas la soulever ni l'abaisser. De plus le doigt indicateur de la main gauche, placé sous la symphyse pubienne, devait indiquer si la rotation des épaules se faisait complètement, et le moment précis où l'épaule antérieure venait s'engager sous la symphyse pubienne. Ainsi, l'élève pratiquant l'accouchement pouvait lui-même assister au dégagement des épaules, il était prêt à soutenir le périnée, dans le cas où son intervention eut été nécessaire. Nous avons aussi laissé le dégagement des épaules se faire spontanément un certain nombre de fois.

Persuadés que la position donnée à la femme sur son lit de souffrance, au moment de l'expulsion de l'enfant, a une grande influence sur le mécanisme de sortie des épaules, nous avons placé des femmes dans diverses positions ; les unes ont été accouchées dans le décubitus horizontal sans coussin ni alézes sous le siège, ni sous les épaules ; d'autres ont eu le bassin soulevé avec des draps de siège comme cela se pratique dans les services d'accouchements; un certain nombre ont été placées dans la situation indiquée par les anciens accoucheurs, enfin nous avons assisté à plusieurs accouchements où les femmes avaient été mises dans le décubitus latéral droit ou gauche, suivant la position de la tête de l'enfant.

Nous avons toujours noté ou fait noter avec soin, le nombre de grossesses antérieures de la parturiente, la résistance du périnée, le temps que la tête mettait à se dégager; le poids de l'enfant, le diamètre de ses épaules et dans certains cas leur circonférence, comparée à la cir-

conférence occipito-frontale ; enfin les circonstances dans lesquelles il y a eu déchirure du périnée.

Toutes ces précautions prises, voici qu'elle a été le résultat de nos observations.

Sur 93 observations, 80 ont été prises par nous ou suivant nos instructions, 13 nous ont été laissées par M. Legrand, interne du service, nous le prions, ainsi que mesdames les sages-femmes de la Charité, d'agréer nos remerciements pour l'obligeance avec laquelle ils ont bien voulu nous venir en aide dans nos recherches.

Sur les 80 observations qui nous sont personnelles; soixante-six fois la femme était placée dans le décubitus dorsal.

Nous avons obtenu : 27 dégagements de l'épaule postérieure la première :

21 dégagements de l'épaule antérieure.

18 dégagements obliques ou transverses.

Dix femmes ont été mises dans le décubitus latéral.

Nous avons eu : 4 dégagements primitifs de l'épaule postérieure.

1 dégagement de l'épaule antérieure;

5 dégagements obliques.

Sur les 13 observations de M. Legrand où aucune des précautions indiquées plus haut n'ont été prises. Neuf femmes ont été accouchées dans le décubitus dorsal, le bassin relevé par des draps de lit.

Il y a eu 5 dégagements spontanés de l'épaule antérieure la première.

2 dégagements artificiels de cette épaule.

1 dégagement de l'épaule postérieure.

1 dégagement oblique.

Quatre femmes ont été placées dans le décubitus latéral.

On constate : 2 dégagements de l'épaule postérieure la première.

1 dégagement de l'épaule antérieure.

1 dégagement oblique.

Enfin, quatre femmes parmi les cas que nous avons observés ont été placées dans le décubitus dorsal selon les règles indiquées par M. le professeur Hubert de Louvain; nous avons eu quatre dégagements de l'épaule postérieure la première.

Si nous prenons une moyenne générale, nous voyons que nous avons obtenu.

38 dégagements primitifs de l'épaule postérieure.

30 dégagements de l'épaule antérieure.

25 dégagements obliques.

Nous croyons donc qu'il y a lieu de décrire plusieurs mécanismes du dégagement des épaules, suivant que leur rotation interne se fait ou ne se fait pas; suivant que l'épaule postérieure se dégage la première ou que l'épaule antérieure apparaît la première à la vulve.

I. — Les épaules accomplissent leur mouvement de rotation interne ; l'épaule postérieure se dégage la première.

Ce mode de dégagement des épaules a été très contesté de nos jours, regardé même comme impossible par cer-

tains auteurs. M. Pénard dit dans son *Guide de l'accoucheur*, 5e édition, 1879. « L'épaule antérieure se dégage toujours la première pour qui sait donner au mot dégagement sa véritable signification ». Nous ne saurions nous ranger à l'avis de ces accoucheurs ; nous avons vu dans bien des cas et dans des conditions déterminées, l'épaule postérieure se dégager la première, apparaître la première à la vulve, tandis que l'épaule antérieure restait fixée derrière la symphyse pubienne. Du reste comment admettre que des observateurs aussi remarquables que Baudelocque, Me Boivin, Dugès, Me Lachapelle, Hubert de Louvain, se soient aussi étrangement trompés et aient été aussi affirmatifs sur cette question. Quel est donc le mécanisme de ce dégagement?

Au moment où la rotation interne des épaules s'accomplit, l'épaule antérieure vient se fixer derrière la symphyse du pubis; mais elle n'y reste pas complètement immobile ; elle s'efface peu à peu, à mesure que l'épaule postérieure franchit tout le plancher périnéal par un mouvement de propulsion et de glissement en avant et en haut. C'est ainsi que, dès que l'épaule postérieure s'est dégagée à la commissure postérieure de la vulve, l'épaule antérieure qui s'est effacée, pénètre facilement sous l'arcade pubienne et se dégage à son tour. On sent très bien cet effacement progressif de l'épaule antérieure en plaçant un doigt au-dessous de la symphyse pubienne ; on constate de plus qu'elle ne s'accroche pas habituellement, comme le veulent certains auteurs.

Donc, d'une part, arrivée de l'épaule antérieure derrière la symphyse pubienne, effacement progressif de cette

épaule, son dégagement facile; d'autre part, glissement par propulsion en avant et en haut de l'épaule postérieure, son apparition la première hors des organes génitaux maternels, tel nous semble être en deux mots le mécanisme de ce dégagement.

Pendant que l'épaule postérieure parcourt la concavité périnéale, on voit la tête de l'enfant se relever, comme si le pariétal tourné du côté de la paroi abdominale de la mère, allait se mettre en rapport avec cette paroi. Ceci tient à ce que le tronc subit une inflexion sur sa région latérale (droite ou gauche, suivant le côté ou se tourne l'occiput), inflexion par laquelle il se moule pour ainsi dire à la courbure du canal dans lequel il s'est engagé.

Ce mécanisme, tel que nous venons de le décrire, se produit le plus habituellement; il est cependant sujet à quelques anomalies; ainsi, il arrive parfois, que l'épaule antérieure s'efface complètement avant que la postérieure soit hors de la commissure antérieure du périnée, l'acromion dans ce cas et le moignon de l'épaule antérieure sont bien réellement sous la symphyse pubienne avant la sortie de l'épaule postérieure. Mais nous ne considérons pas ces cas comme devant être rangés dans la même catégorie que ceux où l'épaule postérieure se dégage réellement la première.

D'autrefois, les épaules de l'enfant sont très larges, le périnée est excessivement résistant, il applique fortement la base du cou de l'enfant contre la symphyse pubienne; l'épaule postérieure se dégage bien encore la première, mais l'épaule antérieure, fixée derrière la sym-

physe pubienne, y reste immobilisés et son dégagement est alors souvent fort difficile.

C'est ainsi que dans l'observation n° XIX il est fait mention d'une primipare, accouchée à la Charité, chez qui, après le dégagement de l'épaule postérieure, Mlle Bordeix, sage-femme, eut toutes les peines du monde à dégager l'épaule antérieure. Dans ce cas le périnée était très long et très résistant ; à l'état de repos, entre deux contractions utérines il n'avait que 4 centimètres, mais à son maximum de distension il mesurait 9 centimètres. Les dimensions étaient prises de la marge de l'anus à la commissure antérisure du périnés. L'enfant était volumineux il pesait 3450 grammes, lss épaules surtout étaient très larges ; c'est ainsi que la circonférence occipito-frontale, étant de 0, 33 centimètres, la circonférence bi-acromiale, mesurait 35 centimètres.

Nous avons eu l'occasion d'observer un autre cas semblable, chez Mme Quitard, sage-femme. Il s'agit d'une secondipare, inscrite au numéro 30 de nos observations. La parturiente avait été placée dans le décubitus latéral droit, l'enfant se présentait en O.I.D.P. Après le dégagement facile de la tête, nous constatâmès un circulaire du cordon très serré, autour du cou de l'enfant ; nous ne pûmes le dégager ; alors nous le sectionnâmes et nous fîmes une ligature sur le bout fœtal ; la rotation des épaules s'était accomplie pendant ce temps l'épaule postérieure se dégagea la première à la commissure antérieure du périnée, avec un prolapsus de la main et de l'avant-bras droit. Nous n'arrivâmes à dégager l'épaule antérieure, fixée derrière la symphyse pubienne, qu'au prix de nombreux

efforts. L'enfant pesait 3800 grammes, il présentait une disproportion énorme entre le volume des épaules et celui de la tête. Tandis que la circonférence-occipito frontale mesurait 33 centimètres 1/2, la circonférence bi-acromiale mesurait 37 centimètres.

Nous ne sommes pas les premiers à constater la difficulté qu'on éprouve parfois à dégager les épaules. M. le Dr Poitou Dupussis dans sa thèse intitulée: *Rupture du périnée dans les accouchements*, 1872 (tome 15, thèse de la faculté, n° 36), signale cet accident. Il cite M. Hœft, accoucheur à Saint-Pétersbourg, qui aurait, sur 133 cas environ, trouvé 34 fois la circonférence des épaules plus grande que celle de la tête.

Stoltz de Strasbourg toujours mentionné par le même auteur, rapporte un cas où les obstacles à l'accouchement furent tels qu'il dut faire l'éviscération.

Enfin je trouve signalé un cas où M. Poitou du Plessis et M. le Dr Duplouy furent appelés à faire un accouchement chez une femme qui avait eu trois enfants. Après la sortie de la tête, le travail s'arrêta et M. Duplouy, opérateur, fut obligé d'aller accrocher avec le doigt, l'épaule postérieure et de la dégager artificiellement. Quant à l'épaule antérieure elle ne put être dégagée à son tour que très difficilement; il n'y eut pas de déchirure du périnée.

M. le Dr Auvard, dans son ouvrage, dont nous avons déjà fait mention, dit avoir été aux prises avec de sérieuses difficultés, pour dégager l'épaule antérieure accrochée en quelque sorte derrière la symphyse pubienne; aussi conseille-t-il de dégager toujours l'épaule antérieu-

re la première, quand on est obligé d'intervenir pour la sortie des épaules.

Pour nous, il nous semble très heureux, malgré tout, que dans ces cas difficiles l'épaule postérieure se dégage la première, car si le diamètre bi-acromial ou le diamètre deltoïdo-acromial des épaules de l'enfant, venait à se mettre en rapport avec le diamètre antéro-postérieur de la vulve, il y aurait à coup sûr des déchirures considérables du périnée ; ce qui a toujours pu être évité dans les cas que nous venons de mentionner.

Voyons maintenant quelles sont les conditions qui peuvent favoriser ou empêcher le dégagement de l'épaule postérieure la première. Nous croyons que la question de plus ou moins grande résistance du périnée, n'a pas toute l'importance que certains auteurs veulent bien lui accorder, disons cependant que ce dernier doit être assez résistant pour appliquer l'épaule antérieure derrière la symphyse du pubis. Nous avons noté avec soin dans nos observations l'état du périnée des parturientes, et le temps que la tête de l'enfant mettait à franchir ce dernier obstacle ; nous avons obtenu les résultats les plus contradictoires ; c'est ainsi que sur 38 cas dans lesquels nous avons observé le dégagement de l'épaule postérieure la première, nous avons trouvé 18 primipares, chez lesquelles le périnée était résistant et 20 multipares chez lesquelles le périnée était, en général, beaucoup plus dépressible. Parmi les 20 multipares, il y avait 11 secondipares et 9 femmes ayant eu plus de 2 grossesses antérieures.

La nature des contractions utérines et surtout leur direction, nous semblent jouer un plus grand rôle. Il est

certain que si les contractions utérines sont très fortes, très douloureuses, si elles provoquent de la part de la femme en travail, des efforts volontaires très considérables, alors il peut se produire deux choses ; ou bien les épaules n'effectuent pas leur mouvement de rotation et se dégagent obliquement ou transversalement ; ou bien la rotation se produit, mais dès que l'épaule antérieure arrive au niveau de l'arcade pubienne, elle s'y engage la première. Nous avons observé plusieurs cas où l'enfant, immédiatement après le dégagement de la tête, poussé par de violentes contractions utérines, fut expulsé en un seul temps et très rapidement hors des organes génitaux maternels ; mais ces enfants étaient toujours d'un poids inférieur à la moyenne ; aussi pensons-nous que les enfants par leur peu de volume, peuvent être un empêchement au mécanisme de dégagement de l'épaule postérieure la première.

La direction des contractions utérines et de l'axe de l'utérus, nous semble, avons-nous dit, jouer un très grand rôle ; voyons comment. L'axe de l'utérus gravide arrivé au terme de la grossesse, la femme étant debout, coïncide à peu près avec celui du détroit supérieur ; il passe cependant un peu en arrière de l'axe du détroit supérieur, et forme avec lui un angle de dix degrés, ouvert en haut (*Traité des accouchements* de M. le professeur Tarnier, page 188, tome I^{e}). Cet axe, dirigé d'avant en arrière et de haut en bas, réunirait deux points fictifs, l'un situé à peu près à cinq centimètres au-dessus de l'ombilic, l'autre placé au niveau de la dernière pièce du coccyx. Mais si la femme est couchée sur un plan résis-

tant horizontal, l'axe de l'utérus devient presque parallèle à ce plan, au lieu d'être assez fortement incliné de haut en bas et d'avant en arrière; il ne forme plus qu'un angle insignifiant avec l'horizon. Enfin, si la femme toujours couchée sur un plan résistant horizontal a le bassin élevé, soit par un coussin, soit par plusieurs paires de draps, on comprend parfaitement que l'axe de l'utérus, sera alors dirigé un peu de bas en haut et d'arrière en avant. Si on considère maintenant que l'axe de l'utérus, peut être regardé comme donnant la direction de la résultante des forces expulsives de cet organe, on comprendra sans peine comment en changeant la direction de cet axe, on change aussi le point d'application de ces forces.

C'est ainsi que la femme étant presque assise sur son lit de souffrances, les lombes et les épaules relevées par des oreillers, la résultante des forces utérines sera dirigée de haut en bas et d'avant en arrière et elle concentrera pour ainsi dire son action sur le plan postérieur du fœtus pour l'expulser. Mais si la femme est dans le décubitus horizontal, sur un plan plus ou moins résistant, la direction de la résultante des forces utérines sera à peu près parallèle à ce plan, et agira surtout sur l'axe du fœtus. Enfin si la femme a le bassin fortement relevé, l'axe utérin étant dirigé de bas en haut et d'arrière en avant, l'action des contractions utérines, portera sur le plan antérieur du fœtus, et le poussera vigoureusement.

Ces choses étant admises, nous croyons qu'il nous sera maintenant facile d'expliquer la divergence d'opinions des auteurs, sur le mécanisme du dégagement des épaules.

Voyons d'abord comment ils conseillent de faire coucher la parturiente au moment du travail d'expulsion.

Baudelocque conseille de préparer ainsi le lit de misère, le lit de travail. « A défaut d'une couchette ordinaire de la longueur de deux pieds 1/2 à trois pieds, et garnie de paillasses, on prend un lit de sangles sur lequel on étend également deux matelas ou un seul ; on place sur le milieu de ceux-ci un coussin de cuir ou de paille pour qu'ils s'enfoncent moins et que les lombes de la femme y soient mieux appuyées, on garnit le lit convenablement et on le couvre de draps et de couvertures selon les saisons ; on y place des oreillers pour mettre sous la tête et les épaules (Baudelocque, *De l'art des accouchements*, 1789, tome I, page 371).

Gardien, partisan aussi du dégagement de l'épaule postérieure la première, s'exprime ainsi, d'une façon générale, sur la manière dont les femmes doivent être placées au moment du travail d'expulsion.

« Il est à peu près indifférent que la femme en travail soit placée sur une chaise ou sur un lit, pourvu que l'un et l'autre soient construits de manière que l'axe de l'utérus soit dirigé vers l'axe du bassin, que la femme y soit légèrement inclinée, que les parties externes, le sacrum et le coccyx, libres de toute compression de la part de la marge de la chaise, ou du bord du lit puissent céder facilement, lorsque la tête tend à sortir ; enfin qu'il y ait des appuis fermes contre lesquels la femme en travail puisse arc-bouter ses pieds et ses mains (*Traité d'accouchement et des maladies des femmes*, tome II, page 303). »

M. le Professeur Hubert de Louvain conseille la position suivante :

« Le plus souvent, dit-il, on emploie un petit lit étroit, autour duquel on puisse circuler librement, et qui laisse ls lit de couche disponible. Voici, selon moi, la meilleure manière de le disposer : sur la paillasse ou sur un premier matelas, on en place un second que l'on plie en double, de manière qus le chef inférieur dépasse le supérieur de trente ou quarante centimètres, des alezes, des draps pliés en plusisurs doubles préservent les matelas : des oreillers, des traversins, relèvent plus ou moins le chevet au gré de la parturiente. La femme est assise sur le chef inférieur du second matelas de manière que ses reins appuient sur le chef supérieur. Dans cette position, le périnée déborde assez pour qu'on puisse le soutenir (*Traité des accouchements, de* 1869). »

Nous pourrions multiplier nos citations : mais celles-ci nous suffisent pour démontrer que les anciens accoucheurs qui admsttaisnt ls dégagement primitif de l'épaule postérisure la premiérs, conseillaient tous de placsr la femme ls tronc légèrement incliné en avant.

Si nous rappelons ce qus nous avons dit plus haut, on voit que, dans cette position, l'axe utérin et par conséquent la résultants des forces utérines, sont dirigés, de haut en bas et d'avant en arrièrs ; il nous sera aussi facile d'admettre l'explication que donns M. Hubert de Louvain, sur le mécanisms du dégagemsnt de l'épaule postérieure la première : « Après le dégagement de la tête, dit-il, ls tronc parcourt la filière du bassin en s'infléchissant en avant et en s'adaptant aussi à la courbure du canal dans

lequel il s'est engagé. Pourquoi? parce que, arrivée sur le périnée, l'extrémité inférieure de la tige rachidienne rencontre en arrière des résistances qui la font dévier en avant, tandis que son extrémité supérieure encore embrassée par la matrice, continue à être poussée dans l'axe utérin, c'est-à-dire en bas et en arrière.

Comme la bosse pariétale postérieure, l'épaule postérieure chemine plus vite que l'antérieure, d'abord parce qu'elle est davantage dans la direction de la force, ensuite parce qu'elle rencontre moins de résistance (*Cours d'accouchements*, 1869, tome I, page 381). »

Cette explication, ou plutôt cette description du mécanisme du dégagement de l'épaule postérieure la première, est vraie dans les cas présents, parce que par la position même de la parturiente sur son lit de douleur, l'axe utérin est dirigé de haut en bas et d'avant en arrière, mais c'est le contraire qui aura lieu quand l'axe utérin sera dirigé de bas en haut et d'arrière en avant; l'extrémité antérieure du fœtus sera poussée en haut et en avant, l'épaule antérieure se dégagera la première; c'est ce que nous allons essayer de démontrer, en indiquant la position que donnent aux femmes, au moment du travail d'expulsion, les accoucheurs partisans du dégagement primitif de l'épaule antérieure.

MM. P. Dubois et Désormeaux suppriment à peu près complètement le lit de misère; Voici comment ils s'expriment dans l'article du *Dictionnaire de médecine* en trente volumes cité plus haut : (article *Accouchement*, tome I, page 395): « Mais une fois que les douleurs expulsives sont bien déclarées; il faut que la femme se place sur son

lit et que pendant la douleur elle y soit en supination, la tête élevée par un coussin, les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses, les genoux médiocrement écartés ». Dans cette position la femme n'a plus le tronc incliné en avant; on a supprimé les traversins destinés à soutenir les lombes, de telle sorte que la parturiente se trouve dans une position à peu près horizontale.

C'est ainsi que M. de Soyres, qui partage l'opinion de M. P. Dubois sur le mécanisme du dégagement primitif de l'épaule antérieure la première, a pu dire : « La direction des forces utérines étant placée entre les deux épaules, les chasse également l'une et l'autre ; or l'épaule antérieure placée derrière la branche ischio-pubienne est obligée de suivre la direction de cette branche, et se porte en dedans et en haut, d'où le mouvement de rotation; elle gagne ainsi la vulve et sort sous la symphyse la première.

Nous pensons avec M. de Soyres, qu'il doit en être ainsi dans le cas présent, mais seulement parce que la direction des forces utérines est placée entre les deux épaules et les pousse également l'une et l'autre. Mais ceci n'infirme pas le mécanisme décrit par M. Hubert de Louvain ; puisqu'il suppose la direction des forces utérines dirigée de haut en bas et d'avant en arrière.

M. le Professeur Tarnier dans son *Traité des accouchements* de 1882 (Tome I, page 700), décrit ainsi la position que l'on doit donner à la parturiente : « Lorsque la tête est au couronnement inférieur, on enlève assez d'oreillers pour que la femme soit couchée presque horizontalement ; le siège est élevé au moyen d'une ou deux paires de draps que l'on a soin de ne pas déplier et que l'on

place sous la région sacrée ; les cuisses sont à demi fléchies et les genoux à demi écartés, ordinairement maintenus par des aides.

Nous croyons qu'il est très utile d'élever le siège ainsi que nous venons de le dire, parce que la manœuvre qui consiste à soutenir le périnée est alors plus commode, parce que, au moment du dégagement de la tête, la face du fœtus n'est pas en contact avec le liquide qui souille le lit, qu'on aide plus facilement le dégagement des épaules et du tronc, parce qu'on procède plus aisément à la délivrance.»

Certes tout ce que dit l'éminent Professeur de la faculté de Paris est très vrai, et cette position est très bonne si l'on veut suivre pas à pas le mécanisme de l'accouchement et soutenir efficacement le périnée de la parturiente; mais il n'est pas de position plus désavantageuse pour obtenir le dégagement primitif de l'épaule postérieure. En effet, ici l'axe de l'utérus est dirigé d'arrière en avant et de bas en haut, toutes les forces concourent à pousser vigoureusement l'épaule antérieure en avant et à la faire apparaître la première sous la symphyse du pubis. Ce qui le prouve surabondamment, c'est la différence que l'on trouve entre les statistiques prises à l'hôpital, où cette façon d'accoucher les femmes a été adoptée et la statistique prise dans la clientèle privée, où les femmes sont accouchées un peu selon les règles indiquées par les anciens, avec des coussins sous les lombes, la tête et les épaules étant relevées par des oreillers. C'est ainsi que M. Auvard dans sa clientèle civile, sur 9 accouchements a constaté sept fois la sortie de l'épaule postérieure la première, tandis qu'à l'hôpital dans son service où il

a fait prendre des observations, sur 50 cas il y a eu seulement 12 dégagements de l'épaule postérieure la première, 33 dégagements de l'épaule antérieure la première, et 5 dégagements obliques. Remarquons cependant qu'il avait fait soutenir la tête de l'enfant dans la plupart des cas.

Nous sommes arrivés à peu près aux mêmes résultats sur 33 accouchements faits chez M[mes] les sages-femmes de la maternité, nous avons constaté 23 dégagements de l'épaule postérieure la première ; 5 de l'épaule antérieure et 6 dégagements obliques. Au contraire sur 40 accouchements faits à la Charité, nous avons trouvé 22 dégagements primitifs de l'épaule antérieure la première; 12 dégagements obliques et seulement 6 dégagements de l'épaule postérieure la première.

Enfin M. Legrand, dans les observations qu'il a bien voulu nous communiquer, sur 9 accouchements faits, la parturiente étant placée dans la situation indiquée par M. Tarnier, a vu 7 fois l'épaule antérieure se dégager la première, 1 fois l'épaule postérieure ; une fois aussi les deux épaules se sont dégagées obliquement.

Nous venons de voir quelle influence a sur le mécanisme du dégagement des épaules la position de la femme placée dans le décubitus dorsal, selon que le tronc est élevé, qu'elle est couchée horizontalement, ou qu'on soulève le bassin. Nous allons maintenant donner les résultats que nous avons obtenu en plaçant la parturiente dans le décubitus latéral droit ou gauche, suivant que l'occiput de l'enfant était tourné du côté droit ou du côté gauche du bassin.

Nous avons pris nous même 10 observations et M. Legrand nous en a donné 4 ce qui fait un total de 14.

Ces observations se divisent de la manière suivante: 6 fois l'épaule postérieure s'est dégagée nettement la première: 6 fois les deux épaules se sont dégagées obliquement sans éprouver leur mouvement de rotation interne, 2 fois seulement l'épaule antérieure s'est dégagée la première.

Pourquoi dans ce cas l'épaule postérieure se dégaget-elle encore le plus souvent la première; c'est que la femme étant placée dans le décubitus latéral, le globe utérin s'incline du côté où elle est penchée, un peu en avant, de telle sorte que son axe est encore dirigé de haut en bas et d'avant en arrière. On se trouve donc à peu près dans les mêmes conditions que lorsque la femme est couchée. Nous avons été étonnés aussi de la fréquence des dégagements obliques, nous croyons que dans les cas où nous les avons observés, la tête n'a pu exécuter son mouvement de rotation externe, arrêtée par la saillie interne des cuisses de la mère. Du reste parmi les six dégagements obliques des épaules, 3 fois l'épaule postérieure s'est dégagée avant l'antérieure, 1 fois l'épaule antérieure s'est dégagée la première: 2 fois les deux épaules ont été expulsées en un seul temps.

Après des faits aussi probants, il nous semble logique de conclure que la position donnée à la femme au moment de l'expulsion du fœtus, a une influence capitale sur le mécanisme du dégagement des épaules et qu'il faut chercher là, en partie, la cause des divergences d'opinion des accoucheurs.

Nous avons passé en revue les différentes conditions qui, du côté de la parturiente et du côté de l'accoucheur, peuvent favoriser ou empêcher le mécanisme du dégagement de l'épaule postérieure la première. Nous avons vu aussi, comment, lorsque l'enfant était trop petit, se terminait l'accouchement; il nous reste à élucider un dernier point. M. le Dr Auvard a beaucoup insisté et non sans raison, sur cette particularité, que la tête, une fois hors des organes génitaux maternels, pouvait par son poids entraîner le dégagement de l'épaule antérieure la première. C'est en effet pour remédier à cet inconvénient, que nous avons fait placer un certain nombre de fois un coussin sous la tête de l'enfant, et que nous avons prié l'élève pratiquant l'accouchement, de vouloir bien mettre sa main à plat sous la tête de l'enfant, afin de la soutenir. Nous avons de plus recommandé d'agir avec beaucoup de ménagements dans les recherches que l'on faisait pour reconnaître s'il y avait un circulaire du cordon autour du cou de l'enfant. En effet, si ces manœuvres sont faites d'une manière intempestive, et au moment où les épaules achèvent leur rotation interne, elles peuvent entraîner le dégagement de l'épaule antérieure la première; car il faut bien peu de chose pour amener l'épaule antérieure au dehors, au moment où elle s'avance en dedans et en haut pour venir se placer derrière la symphyse pubienne. Nous ne croyons pas cependant que ces précautions aient autant d'influence sur le mécanisme du dégagement des épaules, que la position qu'on doit donner à la femme; en effet, à la Charité où les femmes sont placées dans la situation indiquée par M. le Profes-

seur Tarnier, l'épaule antérieure s'est dégagée encore le plus souvent la première quoique la tête ait été soutenue. Tandis que la parturiente étant couchée comme le conseillent les anciens accoucheurs et M. Hubert, l'épaule postérieure se dégage souvent la première quoique on ne soutienne pas la tête de l'enfant. C'est ce que démontrent nos observations.

Sur 26 dégagements de l'épaule postérieure la première, neuf fois on n'est pas intervenu.

Sur 20 dégagements de l'épaule antérieure la première, 6 fois on avait maintenu la tête, soit avec un petit coussin, soit avec les mains. Nous allons terminer cette discussion en donnant, *in extenso*, les observations ayant trait au dégagement de l'épaule postérieure la première.

Obs. I (personnelle). — Ba. M..., 23 ans, primipare O.I.G.A. Bassin normal. Accouchée le 21 janvier 1889 (Charité). Durée du travail 5 heures. Périnée souple. L'épaule postérieure se dégage la première avec prolapsus de la main gauche appliquée derrière l'oreille gauche. Tête soutenue avec un coussin. Poids de l'enfant, 3180 grammes. Diamètre bi-acromial 9. Cervico-acromial 7. Deltoïdo-acromial 11.

Obs. II (personnelle). — V. X..., 28 ans, sixième enfant O.I.G.A. Accouchée le 21 janvier 1889, chez madame Quitard, sage-femme. Durée du travail, 4 heures. Périnée souple. L'épaule postérieure se dégage la première sans aucune intervention. La femme avait les lombes et les épaules soulevées par des coussins. Poids de l'enfant, 3000 grammes, diamètre bi-acromial 9 1/2. Cervico-acromial 7. Deltoïdo-acromial 10 1/2.

Obs. III (personnelle). — A. X..., 27 ans, primipare O.I.G.A. Bassin normal. Accouchée le 21 janvier 1889, chez madame Quitard. Durée du travail 20 heures. Périnée résistant. La

tête est restée une heure 1/2 sur le plancher périnéal. Rotation complète des épaules, dégagement de l'épaule postérieure la première, sans intervention. Femme placée comme dans l'observation n° 2. Poids de l'enfant, 2390 grammes. Légère déchirure du périnée au passage de la tête.

Obs. IV (personnelle).—A. B..., 21 ans,primipare O.I.G.A. Bassin normal. Accouchée le 22 janvier 1889, chez madame Genisson, sage-femme. Périnée souple, mais résistant. Durée du travail 24 heures. Dégagement lent des épaules après leur rotation complète. L'épaule postérieure s'est dégagée la première, femme placée comme dans l'observation n° 3. Coussin sous la tête de l'enfant. Poids de l'enfant, 3600 grammes. Diamètre bi-acromial. 12 Cervico-acromial 9 1/2. Deltoïdo-acromial 13.

Obs. V. — P. L..., 27 ans, secondipare O.I.D.P. Bassin normal. Accouchée le 23 janvier 1889 (Charité). Durée du travail 9 heures 1/2. Périnée assez résistant. Rotation interne desépaules,complète.L'épaule postérieure s'est dégagée lapremière. Coussin sous la tête de l'enfant ;la femme couchée, le siége soulevé. Poids de l'enfant 3540 grammes, diamètre bi-acromial 12,Cervico-acromial 9 1/2. Deltoïdo-acromial 13. Légère déchirure du périnée.

Obs. VI (personnelle). — L. T..., 29 ans, quatrième grossesse. O.I.D.P. Accouchée le 31 janvier 1889 (Charité). Durée du travail 8 heures. Périnée souple. La tête est soutenue avec la main. Rotation complète des épaules; la postérieure se dégage la première (femme placée comme dans l'observation n° 5). Poids de l'enfant 3870 grammes. Diamètre biacromial 11 1/2. Cervico-acromial 8 1/2. Deltoïdo-acromial 12 1/2.

Obs. VII (personnelle). —H. Ch..., 26 ans, troisième enfant, O.I.D.P. Accouchée le 1er février 1889 chez madame Quitard, sage-femme. Durée du travail 7 heures. Périnée souple. La tête de l'enfant se dégage à la vulve au moment où la femme

se met au lit ; on la soutient avec la main, et l'épaule postérieure se dégage la première, la femme étant dans la position genu-pectorale. Poids de l'enfant 4180 grammes. Diamètre bi-acromial 13. Cervico-acromial 11 1/2. Deltoïdo-acromial 14. Pas de déchirure du périnée.

Obs. VIII (personnelle). — J. D..., 24 ans, secondipare O.I.G.A. Accouchée le 1er février 1889, chez madame Quitard. Durée du travail 20 heures. Périnée résistant. Rotation interne des épaules, complète. La tête est soutenue avec la main. L'épaule postérieure se dégage la première. Circulaire du cordon autour du cou de l'enfant. Les lombes et les épaules de la parturiente sont soulevées par des coussins. Poids de l'enfant, 3300 grammes. Diamètre bi-acromial 12 1/2. Cervico-acromial 11 1/2. Deltoïdo-acromial 13 1/2.

Obs. IX (personnelle). — A. J..., 19 ans, primipare O.I.G.A. Bassin normal. Accouchée le 1er février 1889 chez madame Quitard. Durée du travail 6 heures. Périnée résistant. L'épaule postérieure se dégage la première en soutenant la tête avec la main. Femme placée comme dans l'observation n° 8. Poids de l'enfant 3180 grammes. Diamètre bi-acromial 12. Cervico-acromial 10 1/2. Deltoïdo-acromial 13.

Obs. X (Elève). — J. N..., 21 ans, primipare O.I.G.A. Accouchée le 3 février 1889 chez une sage-femme. Durée du travail 8 heures. On soutient la tête, l'épaule postérieure se dégage la première, femme placée comme dans l'observation n° 8. Poids de l'enfant 3160 grammes.

Obs. XI (Elève). — A. S..., 22 ans, primipare O.I.G.A. Accouchée le 2 février 1889 chez une sage-femme. Durée du travail 10 heures. Rotation externe de la tête, on la soutient avec la main. Dégagement de l'épaule postérieure la première. Femme placée comme dans l'observation n° 8. Poids de l'enfant 3325 grammes.

Obs. XII (Elève). — V. G..., 27 ans, multipare O.I.D.P. Accouchée le 25 février 1889 chez madame, Doleskisage-femme. Rotation externe de la tête ; l'épaule postérieure s'est déga-

gée la première sans aucune intervention. Femme placée comme dans l'observation n° 8. Poids de l'enfant 3350 grammes.

Obs. XIII (personnelle). — J. M..., 21 ans, secondipare O.I.D.P. Accouchée le 26 février 1889 (Charité). Durée du travail, 8 heures 1/2. Périnée résistant. L'épaule postérieure se dégage la première en soutenant la tête. Femme placée dans le décubitus dorsal, avec alèzes sous le bassin. Poids de l'enfant 3400 grammes. Diamètre bi-acromial 12. Cervico-acromial 10. Deltoïdo-acromial 13 1/2.

Obs. XIV (personnelle). — C. M..., 29 ans, secondipare O.I.D.P. Accouchée le 25 février 1889 (Charité). Durée du travail, 8 heures. Périnée souple. Tête soutenue. Dégagement de l'épaule postérieure la première. Femme placée comme dans l'observation n° 13. Poids de l'enfant, 3300 grammes. Diamètre bi-acromial 12. Cervico-acromial 9. Deltoïdo-acromial 13.

Obs. XV (personnelle). — J. T..., 22 ans, secondipare O.I.G.A. Accouchée le 15 février 1889 (Charité), Durée du travail, 9 heures. Périnée souple. La tête étant soutenue, au moment de sa rotation. L'épaule postérieure se dégage la première. Femme placée comme dans l'observation XIII. Poids de l'enfant 3270 grammes. Diamètre bi-acromial 11. Cervico-acromial 8. Deltoïdo-acromial. 12 1/2.

Obs. XVI (personnelle). — A. Ch..., 45 ans, huitième grossesse O.I.G.A. Accouchée le 16 février 1889, chez madame Guichard, sage-femme. Durée du travail, 10 heures, périnée très souple. La femme est placée dans le décubitus latéral gauche. L'épaule postérieure se dégage la première. Poids de l'enfant 3270 grammes. Diamètre bi-acromial 12 1/2. Cervico-acromial 10 1/2. Deltoïdo-acromial 14.

Obs. XVII (personnelle). — T. Ch..., 21 ans, primipare O.I.G.A. Bassin normal. Accouchée le 18 février 1889. Chez madame Rouzet, sage-femme. Durée du travail, 25 heures, périnée résistant. Après la rotation interne des épaules, la posté-

rieure se dégage la première sans intervention. La femme avait été placée dans le décubitus dorsal, les lombes, les épaules et la tête soulevées par des coussins. Poids de l'enfant 3000 grammes.

Obs. XVIII (Elève). — M. M..., 30 ans, troisième enfant O.I.G.A. Accouchée le 16 février 1889 chez une sage-femme. Durée du travail, 15 heures. Périnée peu résistant. L'épaule postérieure se dégage sans intervention. Femme placée comme dans l'observation XVII. Poids de l'enfant, 3500 grammes.

Obs. XIX (personnelle). — A. L..., 21 ans, primipare O.I.G.A. Accouchée le 20 février 1889 (Charité). Durée du travail 20 heures. Périnée résistant, mesure à l'état de repos 4 centimètres, et au moment du maximum de dilatation 9 centimètres. Les mesures ayant été prises de la marge de l'anus à la commissure antérieure du périnée. La tête reste 3/4 d'heures sur le plancher périnéal. L'épaule postérieure se dégage la première à la commissure antérieure du périnée. Mademoiselle Bordeix, sage-femme, a toutes les peines du monde à dégager l'épaule antérieure, accrochée derrière la symphyse pubienne. Femme couchée avec le bassin soulevé. Poids de l'enfant 3450 grammes. Diamètre bi-acromial 13. Cervico-acromial 11. Deltoïdo-acromial 14. Circonférence occipito-frontale 33 centimètres. Circonférence bi-acromiale 35 centimètres.

Obs. XX (personnelle). — M. B..., 25 ans, troisième enfant O.I.D.P. Accouchée le 21 février 1889 (Charité). Durée du travail 4 heures. Périnée peu résistant. Femme placée dans le decubitus latéral droit. L'épaule postérieure se dégage la première avec prolapsus de l'avant-bras et de la main droite. Poids de l'enfant, 2700 grammes. Diamètre bi-acromial 11. Cervico-acromial 7 1/2. Deltoïdo-acromial 12.

Obs. XXI (personnelle). — M. D..., 28 ans primipare, O.I.G.A. Diamètre promonto-sous-pubien 10. Accouchée le 21 février 1889, (charité). Durée du travail 96 heures. Périnée résistant. Rotation interne des épaules, la postérieure se dégage la première. La tête de l'enfant a été soutenue avec la main. Femme

couchée avec le bassin soulevé. Poids de l'enfant 3900 grammes. Diamètre bi-acromial 12 1/2. Cervico-acromial 9. Deltoïdo-acromial 13 1/2.

Obs. XXII (personnelle). — A. F..., 21 ans, primipare O.I.G.A. Bassin normal. Accouchée le 22 février 1889 (Charité). Durée du travail, 70 heures. Périnée résistant. Rotation interne des épaules, la postérieure se dégage la première, la tête est soutenue avec la main. Femme couchée avec le bassin soulevé. Poids de l'enfant, 3600 grammes. Diamètre bi-acromial 12. Cervico-acromial 8. Deltoïdo-acromial 13.

Obs. XXIII (personnelle). — J. F., 23 ans, primipare, O.I.G.A. Bassin normal. Accouchée le 23 février 1889 (Charité). Durée du travail, 14 heures. Périnée résistant. La tête est fortement soulevée au moment de sa rotation. L'épaule postérieure se dégage la première. Femme couchée avec le bassin soulevé. Poids de l'enfant, 2500 grammes. Diamètre bi-acromial 11 1/2. Cervico-acromial 9 1/2. Deltoïdo-acromial 13 1/2.

Obs. XXIV (Élève). — M. S..., 20 ans, secondipare O.I.G.A. Accouchée le 24 février 1889. Durée du travail, 12 heures. Périnée assez résistant. Tête de l'enfant soutenue avec la main. L'épaule postérieure se dégage la première. Femme couchée avec le bassin soulevé. Poids de l'enfant, 3200 gr.

Obs. XXV (Élève). — A. A..., 20 ans, primipare O.I.G.A. Bassin normal. Accouchée le 28 février 1889 (Charité). Durée du travail, 18 heures. Périnée résistant. Dégagement artificiel de l'épaule postérieure la première, l'épaule antérieure étant fixée derrière la symphyse du pubis. Femme couchée le bassin soulevé. Poids de l'enfant, 3250 grammes.

Obs. XXVI (Élève). — E. C..., 20 ans, primipare O.I.G.A. Bassin normal. Accouchée le 2 mars 1889 chez une sage-femme. Durée du travail, 10 benres. Rotation interne des épaules, la postérieure se dégage la première sans intervention. Femme couchée avec les lombes, les épaules et la tête soulevées. Poids de l'enfant, 3000 grammes.

Obs. XXVII (Élève). — A. L..., 20 ans, primipare O.I.G.A. Bassin normal. Accouchée le 3 mars 1889, chez Mme Genisson, sage-femme. Durée du travail, 8 heures. Dégagement spontané de l'épaule postérieure. Femme couchée comme à l'observation XXV I. Poids de l'enfant, 3350 grammes.

Obs. XXVIII (Élève). — H. G..., multipare O.I.G.A. Accouchée le 3 mars 1889, chez Mme Genisson. Durée du travail, 8 heures. Dégagement de l'épaule postérieure en soutenant la tête de l'enfant. Femme couchée comme à l'observation XXVI. Poids de l'enfant, 3000 grammes.

Obs. XXIX (personnelle). — M. G..., 29 ans, 3e enfant O.I.D.P. Accouchée le 7 mars 1889, chez Mme Quitard. Durée du travail, 17 heures. Périnée peu résistant. La parturiente est mise dans le décubitus latéral droit. Légère déchirure au passage de la tête, l'épaule postérieure se dégage la première à la commissure antérieure du périnée. Poids de l'enfant, 3525 gr. Diamètre bi-acromial 12 1/2. Deltoïdo-acromial 14. Cervico-acromial 11. Circonférence occipito-frontale 33 c. 1/2. Circonférence bi-acromiale 31.

Obs. XXX (personnelle). — M. K. ., 29 ans, secondipare, O.I.D.P. Accouchée le 7 mars 1889, chez Mme Quitard. Durée du travail, 10 heures. Périnée souple. La femme est placée dans le décubitus latéral droit. La tête de l'enfant se dégage sans difficulté; il y a autour du cou un circulaire du cordon très serré ne pouvant le dégager; je le sectionne en ayant soin de lier le bout fœtal. La rotation des épaules s'est effectuée, la postérieure est à la commissure antérieure du périnée; grandes difficultés pour dégager l'épaule antérieure. L'enfant pèse 3800 grammes. Diamètre bi-acromial 14. Deltoïdo-acromial 16. Cervico-acromial 12. Circonférence occipito-frontale 33 c. 1/2. Circonférence des épaules 37. Pas de déchirure du périnée.

Obs. XXXI (personnelle). — P. E..., 27 ans, primipare O.I.D.P. Accouchée le 4 mars 1889 (Charité). Durée du travail 18 heures. Après le dégagement facile de la tête qu'on sou-

lève fortement, on provoque la sortie de l'épaule postérieure la première. Femme couchée, le bassin élevé. Poids de l'enfant 3340 grammes. Diamétre bi-acromial 12. Cervico-acromial 10 1/2. Deltoïdo-acromial 13 1/2.

Obs. XXXII (Élève).—V. E..., 28 ans, troisième enfant O.I.G.A. accouchée le 8 mars 1889 chez une sage-femme. Durée du travail 8 heures. La femme a été placée dans la position indiquée par M. Hubert de Louvain, tête de l'enfant à peine soutenue, l'épaule postérieure se dégage la première. Poids de l'enfant, 2450 grammes.

Obs. XXXIII (personnelle). — M. A..., 24 ans, primipare O.I.G.A. Bassin normal. Accouchée le 17 mars 1889 chez Madame Quitard. Durée du travail 6 1/2, périnée résistant, femme placée comme dans l'observation XXXII. L'épaule postérieure se dégage la première, on soutient la tête de l'enfant. Poids de l'enfant, 3000 grammes.

Obs. XXXIV (personnelle). — J. L..., 23 ans, primipare O.I.G.A. Bassin normal. Accouchée le 17 mars 1889, chez Madame Quitard, durée du travail 5 heures 1/2, périnée résistant, femme placée comme dans l'observation XXXII. L'épaule postérieure se dégage la première. Poids de l'enfant, 3250 grammes.

Obs. XXXV (Personnelle). — M. B..., 25 ans, primipare O.I.G.A. Bassin normal. Accouchée le 19 mars 1889, chez Madame Quitard. Durée du travail, 6 heures 1/2, périnée souple, femme placée comme dans l'observation XXXII. L'épaule postérieure se dégage la première, l'enfant est tout petit, il pèse 2950 grammes.

Obs. XXXVI (M. Legrand). — L. M..., 17 ans, primipare O.I.G.A. Accouchée le 8 novembre 1888. Durée du travail, 3 heures, femme placée dans le décubitus latéral gauche dégagement spontané de l'épaule postérieure la première, poids de l'enfant 2850 grammes.

Obs. XXXVII (M. Legrand). — M. M..., 25 ans, primipare O.I.D.P. Accouchée le 26 novembre 1888 (Charité). Durée du

travail, 12 heures, femme placée dans le décubitus latéral droit. Dégagement spontané de l'épaule postérieure la première. Poids de l'enfant, 3600 grammes.

Obs. XXXVIII (M. Legrand). — P. L..., 27 ans, secondipare accouchée le 23 janvier 1889 (Charité). Durée du travail 9 heures, périnée assez résistant. Dégagement spontané de l'épaule postérieure la première, poids de l'enfant, 3540 grammes.

II. — Les épaules accomplissent leur mouvement de rotation interne, l'épaule antérieure se dégage la première.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce que l'on doit entendre par dégagement primitif de l'épaule antérieure. Pour nous, nous considérons l'épaule antérieure, comme se dégageant la première, toutes les fois qu'elle ne vient pas se placer derrière la symphyse du pubis, que son extrémité acromiale passe au-dessous de cette arcade, avant l'arrivée de l'épaule postérieure à la commissure antérieure du périnée. Voyons maintenant, sans nous arrêter plus longtemps à des discussions qui nous entraîneraient loin de notre sujet, quel est le mécanisme par lequel l'épaule antérieure se dégage la première.

Au moment de la rotation des épaules, celle qui se dirige en haut, en avant et en dedans vers la symphyse pubienne, pressée par les contractions utérines, s'efface, passe sous l'arcade du pubis et s'y fixe comme a fait l'occiput au moment du dégagement de la tête; puis l'inférieure glisse sur le plancher périnéal et vient apparaître au devant de la fourchette en même temps, ou même quelquefois un peu avant que l'épaule antérieure soit complètement dégagée.

Dans ce cas, le diamètre bi-acromial des épaules de l'enfant vient se mettre en rapport avec le diamètre antéro-postérieur de la vulve de la mère.

Il arrive, assez fréquemment, surtout quand on n'a pas la précaution de relever à temps la tête de l'enfant, que l'épaule antérieure, au lieu de se fixer par son acromion sous la symphyse du pubis, peut, avant que l'épaule postérieure ait commencé à parcourir le plancher périnéal, se dégager toute entière jusqu'au niveau de l'insertion inférieure du deltoïde et même jusqu'au niveau de la saillie du coude. Nous verrons plus loin les inconvénients d'un semblable dégagement, ce n'est plus en effet le diamètre bi-acromial qui vient se mettre en rapport avec le diamètre antéro-postérieur de la vulve. C'est un diamètre beaucoup plus considérable, auquel nous donnons le nom de deltoïdo-acromial.

Les considérations dans lesquelles nous sommes entré, en décrivant les circonstances qui favorisent ou empêchent le dégagement primitif de l'épaule postérieure la première, nous permettront d'être bref sur les conditions qui font que l'épaule antérieure apparaît la première sous la symphyse pubienne.

Si le périnée de la parturiente est souple, peu résistant, comme chez les multipares, si les contractions utérines sont fortes et déterminent du côté de la paroi abdominale un effort volontaire considérable; si l'enfant est petit, l'épaule qui se dirige vers la symphyse pubienne ainsi poussée de tous côtés, n'étant pas soulevée par un périnée qui résiste peu, s'efface et pénètre immédiatement sous l'arcade pubienne qui lui présente un lieu de sortie

tout naturel. Il arrive quelquefois, qu'à la première contraction utérine, l'épaule qui doit venir se placer sous la symphyse pubienne passe en avant de la branche ischio-pubienne, derrière laquelle elle était placée et contiuue son mouvement de rotation en avant de cette branche, jusqu'à ce qu'elle arrive sous l'arcade pubienne.

Donc : violence de la contraction utérine, faiblesse du périnée, petit volume de l'enfant sont trois premières conditions favorables au dégagement primitif de l'épaule antérieure ; mais celà ne suffit pas. Car sur les 32 accouchements qui se sont terminés par le dégagement de l'épaule antérieure la première, 18 fois la femme était multipare et présentait, par conséquent, un périnée peu résistant ; mais 14 fois la parturiente était primipare et son périnée était très solide.

Nous avons vu déjà combien a d'influence sur le mécanisme du dégagement des épaules la direction de l'axe et des forces utérines ; on comprendra donc sans peine, que toutes les fois que la femme sera dans le décubitus dorsal, couchée sur un plan horizontal, toutes les fois que de plus on placera sous son sacrum pour élever le bassin des draps de lit ou un coussin, l'épaule antérieure aura les plus grandes chances pour se dégager la première. En effet, dans le premier cas, la femme étant couchée sur un plan horizontal, la direction des forces utérines, parallèle à ce plan, vient s'appliquer entre les deux épaules de l'enfant et les pousse également toutes les deux ; mais l'antérieure, qui a beaucoup moins de chemin à parcourir que la postérieure s'amoindrit, en quelque sorte, s'efface, apparaît sous la symphyse pubienne la premiè-

re. Dans le second cas, l'axe utérin est dirigé d'arrière en avant et de bas en haut : alors toutes les forces expulsives de la matrice viennent pour ainsi dire converger vers l'épaule antérieure et la font dégager la première.

Si à ces conditions favorables on en ajoute une autre en laissant retomber la tête de l'enfant sans la soutenir, nous croyons pouvoir affirmer que 90 fois sur 100 l'épaule antérieure se dégagera la première.

Nous allons terminer ce que nous avons à dire sur le mécanisme de ce dégagement en donnant le résultat de nos observations. Sur les 93 observations que nous publions, il est fait mention 30 fois du dégagement primitif de l'épaule antérieure ; les 30 cas se décomposent de la manière suivante, d'après la position occupée par la parturiente au moment du travail d'expulsion : 25 fois elle était placée dans le décubitus dorsal, le siège relevé par plusieurs paires de draps ; 3 fois elle était couchée, les lombes appuyées par des coussins, les épaules et la tête relevées, 2 fois elle était dans le décubitus latéral.

Obs. I (personnelle). — D. M..., 19 ans 1/2, primipare O.I.G.A. Bassin normal. Durée du travail, 24 heures. Périnée très résistant. Application de forceps, la tête sur le plancher périnéal par M. Legrand. Une fois la tête de l'enfant hors des organes génitaux, on la soutient ; l'épaule antérieure se dégage la première. Poids de l'enfant, 3200 grammes. Diamètre bi-acromial 10 1/2. Cervico-acromial 8. Deltoïdo-acromial 11 1/2.

Obs. II (personnelle). — A. X..., 38 ans, neuvième enfant O.I.D.P. Bassin normal. Accouchée le 22 janvier 1889. (Charité), après un travail douloureux et anesthésie obstétricale. L'enfant est sorti brusquement. Mais la rotation des épaules

s'est effectuée, et l'épaule antérieure est sortie la première. Femme placée dans le décubitus horizontal. Poids de l'enfant, 3000 grammes. Diamètre bi-acromial 11. Cervico-acromial 9. Deltoïdo-acromial 12.

Obs. III (Élève). — E. P..., 23 ans; secondipare O.I.G A. Accouchée le 25 janvier 1889 (Charité). Durée du travail, 12 heures. Périnée assez résistant. Femme couchée le bassin soulevé. L'épaule antérieure s'est dégagée la première avec un prolapsus de la main gauche. Coussin sous la tête de l'enfant. Poids de l'enfant, 3450 grammes. Diamètre bi-acromial 11. Cervico-acromial 9 1/2. Deltoïdo-acromial 13.

Obs. IV (M. Legrand). — Application de forceps, à la date du 25 janvier 1889. Après le dégagement de la tête au moyen du forceps, on la soutient, mais l'épaule antérieure se dégage la première. Femme dans la position obstétricale.

Obs. V (Élève). — M. P., 21 ans, primipare O.I.G.A. Accouchée le 28 janvier 1889, chez madame Veiss, sage-femme. Durée du travail, 10 heures. Périnée souple. L'épaule antérieure se dégage la première sans intervention. La femme était dans le décubitus horizontal. Poids de l'enfant, 3540 grammes. Diamètre bi-acromial 11. Cervico-acromial 9. Deltoïdo-acromial 12.

Obs. VI (Élève). — M. P..., 29 ans, primipare O.I.G.A. Accouchée le 3 février 1889 (Charité). Femme couchée le bassin élevé. L'épaule antérieure se dégage la première sans aucune intervention. Poids de l'enfant, 3250 grammes.

Obs. VII (personnelle). — A. S..., 22 ans, primipare O.I.G.A. Accouchée le 28 janvier 1889 (Charité). Durée du travail 11 heures. Périnée assez résistant. Femme couchée le bassin élevé. Circulaire du cordon autour du cou de l'enfant. L'épaule antérieure s'est dégagée spontanément la première. Poids de l'enfant, 2300 grammes.

Obs. VIII (personnelle). — A. B..., 36 ans, quatrième enfant O.I.D.P. Accouchée le 21 février 1889 (Charité). Durée du travail 6 heures, périnée lâche. Femme couchée le bassin

soulevé. On fait artificiellement la rotation des épanles. L'épaule antérieure se dégage spontanément la première. Poids de l'enfant, 2970 grammes. Diamètre bi-acromial 11 1/2. Cervico-acromial 8. Deltoïdo-acromial 12 1/2.

Obs. IX (Élève). — M. M..., 22 ans, multipare O.I.G.A. Accouchée le 22 février 1889 (Charité). Durée du travail 8 heures. Femme couchée le bassin soulevé, l'épaule antérieure apparaît la première quoi qu'on soutienne la tête. Poids de l'enfant, 3800 grammes.

Obs. X (Élève). — L. F..., 25 ans, secondipare O.I.G.A. Accouchée le 24 février 1889 (Charité). Durée du travail 8 heures 1/2. Périnée peu résistant. Femme couchée le bassin soulevé. L'épaule antérieure se dégage complètement la première jusqu'à la saillie du coude, sans aucune intervention. Poids de l'enfant, 2830 grammes.

Obs. XI (Élève). — L. L..., 31 ans, secondipare O.I.D.P. Accouchée le 1er mars 1889 (Charité). Durée du travail, 8 heures. Périnée peu résistant. Femme couchée le bassin soulevé. L'épaule antérieure se dégage complètement la première, sans intervention. Poids de l'enfant, 2860 grammes.

Obs. XII (personnelle). — M. L..., 23 ans, troisième enfant O.I.G.P. Accouchée le 5 mars 1889 (Charité). Durée du travail, 6 heures. Périnée peu résistant. Femme couchée le bassin soulevé. Tête de l'enfant soutenue. Circulaire du cordon autour du cou de l'enfant. L'épaule antérieure se dégage la première jusqu'au niveau de l'insertion inférieure du deltoïde. Légère déchirure du périnée à son passage. Poids de l'enfant, 3200 grammes. Diamètre bi-acromial 11. Cervico-acromial 9. Deltoïdo-acromial 12 1/2. Circonférence occipito-frontale 33. Circonférence bi-acromiale 29.

Obs. XIII (personnelle). — L. H..., 22 ans, primipare O.I.G.A. Accouchée le 5 mars 1889 (Charité). Durée du travail 9 heures. Périnée peu résistant. Femme couchée le bassin soulevé. L'épaule antérieure se dégage spontanément la première jusqu'au niveau de la saillie du coude. Déchirure du périnée

de 0,02 centimètres. Poids de l'enfant, 3150 grammes. Diamètre bi-acromial 11 1/2. Cervico-acromial 8 1/2. Deltoïdo-acromial 12 1/2. Circonférence occipito-frontale 31 c. 1/2. Bi-acromiale 29 1/2.

Obs. XIV (Élève). — M. G..., 22 ans, primipare O.I.G.A. Accouchée le 6 mars 1889 (Charité). Durée du travail 15 heures. Périnée peu résistant. Femme couchée le siège soulevé. L'épaule antérieure se dégage spontanément la première. Poids de l'enfant, 3800 grammes.

Obs. XV (Élève). — L. D..., 19 ans, primipare O.I.G.P. Accouchée le 7 mars 1889 (Charité). Durée du travail, 15 heures. Périnée résistant. Femme couchée le siège soulevé. L'épaule antérieure se dégage spontanément la première. Poids de l'enfant, 3250 grammes.

Obs. XVI (Élève). — M. Ch..., 36 ans, primipare O.I.G.T. Léger rétrécissement du diamètre promonto-sous-pubien. Accouchée le 5 mars 1889 (Charité). Durée du travail, 28 heures. Périnée résistant. Femme couchée le bassin soulevé. Dégagement spontané de l'épaule antérieure la première, jusqu'au niveau de l'insertion inférieure du deltoïde. Déchirure du périnée. Poids de l'enfant, 3200 grammes.

Obs. XVII. — A.P..., 23 ans, multipare O.I.D.P. Accouchée le 6 mars 1889 (Charité). Durée du travail, 12 heures. Périnée peu résistant. Femme couchée le siège soulevé. L'épaule antérieure se dégage spontanément la première. Poids de l'enfant, 3040 grammes.

Obs. XVIII (Élève). — G.L..., 21 ans, multipare O.I.G.A. Accouchée le 7 mars 1889 (charité). Durée du travail, 10 heures. Périnée peu résistant. Femme couchée le siège soulevé. L'épaule antérieure se dégage la première quoique qu'on soutienne la tête de l'enfant. Poids de l'enfant, 2840 grammes.

Obs. XIX (personnelle). — S.M..., 23 ans, multipare O.I.G.T. Accouché, le 3 mars 1889 (Charité). Durée du travail, 9 heures. Périnée très souple. L'épaule antérieure se dégage spon-

tanément la première. Femme couchée le siège soulevé. Poids de l'enfant 3150 grammes.

Obs. XX (Élève).— A.V...,26 ans, primipare O.I.G.A. Accouchée le 7 mars 1889(Charité). Durée du travail,12 heures. Femme couchée le siège soulevé. L'épaule antérieure se dégage spontanément la première. Poids de l'enfant, 3350 grammes.

Obs. XXI (Rivalier).— T. J..., 27 ans, cinquième grossesse O.I.G.P. Accouchée le 11 mars 1889 (Charité). Durée du travail, 5 heures. Femme couchée dans le décubitus horizontal. L'épaule antérieure se dégage la première, mais on avait été obligé d'appuyer fortement sur la tête de l'enfant pour dégager une anse du cordon très serrée. Poids de l'enfant, 3900 grammes.

Obs.XXII (personnelle).—L.R...,22 ans, primipare O.I.G.A. Angle sacro-vertébral accessible. Accouchée le 19 février 1889 (Charité). Durée du travail, 11 heures. Périnée résistant. Femme placée dans le décubitus latéral gauche. L'épaule antérieure se dégage nettement la première. Poids de l'enfant 3300 grammes. Diamètre bi-acromial 11, Cervico-acromial 9 1/2. Deltoïdo-acromial 12 1/2.

Obs. XXIII (M. Legrand).— H. J..., 24 ans, troisième enfant O.I.G.A. Accouchée le 24 novembre 1888 (Charité). Durée du travail, 4 heures 1/2. Femme placée dans le décubitus latéral gauche. Dégagement spontané de l'épaule antérieure la première. Poids de l'enfant, 3370 grammes.

Obs. XXIV (M. Legrand). — H. P..., 23 ans, secondipare O.I.D.P. Accouchée le 9 octobre 1888 (Charité). Durée du travail, 4 heures 1/2. Dégagement artificiel de l'épaule antérieure la première, poids de l'enfant, 3400 grammes.

Obs. XXV (M. Legrand).— M. U..., 22 ans, primipare O.I.G.T. Accouchée le 21 novembre 1888 (Charité). Durée du travail,14 heures 1/2. Femme couchée siège soulevé. Dégagement spontané de l'épaule antérieure la première. Poids de l'enfant, 3090 grammes.

Obs. XXVI (M. Legrand). — M. C... 26 ans, cinquième grossesse O.I.D.T. Accouchée le 25 novembre 1888. Durée du travail, 2 heures 1/2. Femme couchée le siège soulevé. Dégagement spontané de l'épaule antérieure. Poids de l'enfant, 3300 grammes.

Obs. XXVII (M. Legrand).M.A..., 21 ans,primipare O.I.G.A. Accouchée le 26 novembre 1888 (Charité). Durée du travail 18 heures. Dégagement artificiel de l'épaule antérieure la première. Poids de l'enfant, 3500 grammes.

Obs. XXVIII (M. Legrand). — G. B..., 18 ans, primipare O.I.G.A. Accouchée le 26 novembre 1888 (Charité).Durée du travail 10 heures. Femme couchée le siége soulevé. Dégagement spontané de l'épaule antérieure. Poids de l'enfant, 3300 grammes.

Obs. XXIX (M. Legrand). — A. B. 28 ans, troisiéme enfant O.I.D.P. accouché le 6 décembre 1888. Charité. Durée du travail, 5 heures. Femme couchée le siége soulevé. Dégagement spontané de l'épaule antérieure. Poids de l'enfant, 3870 grammes.

Obs. XXX (M. Legrand). L.R...,24 ans, secondipare. Accouchée le 9 décembre 1888(Charité). Durée du travail,36 heures. Femme couchée le siège soulevé. Dégagement spontané de l'épaule antérieure. Poids de l'enfant, 2850 grammes.

III. -- La rotation des épaules ne se fait pas, elles se dégagent un peu obliquement.

Ce mécanisme du dégagement des épaules, a été considéré par quelques auteurs comme le plus fréquent. C'est ainsi que Chailly-Honoré a pu dire : « C'est dans une situation légérement diagonale, que dans la plupart des cas les épaules se dégagent hors du détroit inférieur. L'épaule droite se place sous la branche ischio-pubienne droite, la gauche au-devant du ligament sacro-sciatique gauche, de telle sorte que leur diamétre bi-acromial est en rapport

avec le diamètre oblique droit du détroit inférieur. L'épaule antérieure, suivant les uns ; la postérieure, suivant les autres se dégage la première ; il n'y a pas en effet de règles générales à cet egard, et l'on peut dire que le plus souvent les deux épaules franchissent à la fois la vulve (*Mécanisme de l'accouchement spontané dans les présentations franches du sommet en* O.I.G.A. *Traité des accouchements*, 1853, page 357).

Cazeaux pense aussi, que rarement le diamètre bi-acromial se trouve dans la direction du diamètre antéro-postérieur de la vulve : pour lui, l'épaule antérieure se dégage le plus souvent la première.

Ce mécanisme de dégagement des épaules est en effet, assez fréquent, nous le trouvons noté 25 fois dans nos observations. Les causes qui semblent le favoriser, les circonstances dans lesquelles il se produit, sont des plus variables. Il semble cependant plus fréquent chez les primipares que chez les multipares ; nous l'avons observé 14 fois chez les premières et 11 fois chez les secondes. On dirait d'une manière générale, que les primipares plus vigoureuses d'ordinaire, mais aussi plus impressionnables, sentant la tête de l'enfant hors de leurs organes génitaux, mettent toute leur énergie dans un dernier effort au moment de la contraction utérine et expulsent en un seul temps le tronc de l'enfant ; la rotation des épaules n'ayant pas eu le temps de se faire.

La manière dont les femmes sont couchées, paraît aussi jouer un certain rôle ; c'est ainsi que nous avons obtenu 13 dégagements obliques des épaules, la parturiente étant placée dans le décubitus horizontal, et ayant le bassin sou-

levé, nous n'en avons obtenu que 6, la parturiente ayant les lombes, les épaules et la tête soulevées. Enfin sur 14 femmes, mises dans le décubitus latéral droit ou gauche, nous avons eu 6 dégagements obliques des épaules.

Souvent, lorsque l'enfant est très petit, il est expulsé en un seul temps sans que les épaules éprouvent leur mouvement de rotation.

Mais un fait qui nous a semblé surtout intéressant à noter, c'est la fréquence du dégagement oblique des épaules, dans les présentations postérieures du sommet. Sur les 25 cas de dégagement oblique des épaules, nous avons noté que 14 fois la tête de l'enfant se présentait en O.I.D.P. ou en O.I.G.P. Nous nous sommes demandé si nous ne pourrions pas rapprocher ce fait, d'autres faits observés dans un autre ordre d'idées, par notre excellent maître, M. le Dr Budin et rapportés par lui à la société de biologie. « J'ai eu l'occasion de remarquer, dit-il, dans plusieurs accouchements, que dans les présentations postérieures du sommet, la rotation se fait parfois rapidement et que l'occiput vient se placer derrière la symphyse pubienne, alors que les membres et le tronc n'ont pas suivi son mouvement de rotation ». C'est ainsi que dans les cas rapportés par M. le Dr Budin, les épaules s'engagent dans un des diamètres obliques du détroit supérieur ; la tête fait bien son mouvement de rotation, mais elle tourne seule, les épaules ne la suivent pas, elle parcourent obliquement l'excavation et sortent de même.

Il leur faudrait, en effet, au droit inférieur, accomplir une trop grande évolution pour se dégager dans le diamètre antéro-postérieur de la vulve. Prenons par exemple une

présentation du sommet en O.I.G.P. La tête est dégagée, l'épaule gauche qui devrait venir se placer sous la symphyse pubienne est placée derrière le ligament sacro-sciatique gauche, l'épaule droite, au contraire, qui devrait venir se mettre en rapport avec la courbure du sacrum se trouve au niveau de la branche ischio-pubienne droite. On conçoit combien serait difficile une si grande évolution et les deux épaules poussées par les contractions utérines, se dégagent comme elles sont situées, c'est-à-dire obliquement, l'épaule droite sous la branche ischio-pubienne droite, la gauche au niveau du ligament sacro-sciatique gauche.

Quoiqu'il en soit, le dégagement oblique des épaules doit être considéré comme une anomalie, parce que dans la grande majorité des cas observés, la rotation interne des épaules et externe de la tête s'accomplit, et les deux épaules viennent se mettre en rapport avec le diamètre antéro-postérieur de la vulve.

Nous en avons fini avec les différents mécanismes du dégagement des épaules. Voici sous forme d'observations, dans quels cas nous avons pu constater le dégagement oblique :

Obs. I (personnelle). — M. D..., 25 ans, primipare O.I.D.P. Bassin normal. Accouchée le 22 janvier 1889, chez madame Genisson, sage-femme. Durée du travail, 12 heures. Périnée résistant. La femme avait les lombes et les épaules soulevées par des oreillers. L'enfant tout petit, est sorti brusquement, les deux épaules situées obliquement. Poids de l'enfant, 2560 grammes. Diamètre bi-acromial 10 1/2. Cervico-acromial 9 1/2. Deltoïdo-acromial 12.

Obs. II (personnelle). — M. A., 25 ans, cinq enfants

O.I.D.P. Accouchée le 24 janvier 1889 (Charité). Durée du travail, 5 heures. Femme couchée le siège soulevé. Les épaules se sont dégagées presque transversalement et toutes les deux à la fois. Poids de l'enfant, 3800 grammes. Diamétre bi-acromial 12. Cervico-acromial 9 1/2. Deltoïdo-acromial 13 1/2.

Obs. III (personnelle).— E. H..., 29 ans, quatrième enfant O.I.D.P. Accouchée le 25 janvier 1889 (Charité). Durée du travail, 17 heures. Périnée peu résistant. Les deux épaules se sont dégagées obliquement et presque en même temps. Femme couchée le siége soulevé. Poids de l'enfant, 4350 grammes. Diamétre bi-acromial 12. Cervico-acromial 11. Deltoïdo-acromial 13 1/2.

Obs. IV (Éléve)—M. F..., 22 ans, troisième enfant O.I.G.P. Accouchée le 28 janvier 1889, (charité). Durée du travail 10 heures, périnée souple. Femme couchée le siége soulevé. L'épaule antérieure se dégage un peu avant l'épaule postérieure, trés obliquement, presque transversalement. Poids de l'enfant, 3630 grammes.

Obs. V (Éléve). — R. G..., 32 ans, secondipare O.I.G.A. Accouchée le 19 janvier 1889 (Charité). Durée du travail, 5 heures. Périnée très souple. Les deux épaules se dégagent simultanément et presque transversalement. Femme couchée le siège soulevé. Poids de l'enfant, 3950 grammes.

Obs. VI (personnelle).—M. J..., 17 ans, primipare O.I.D.P. Accouchée le 30 janvier 1889. Bassin généralement rétréci, la tête s'engage en O.I.D.T. Durée du travail, 20 heures. Périnée résistant. Les deux épaules se dégagent simultanément et transversalement. La femme était dans le décubitus horizontal, les épaules appuyées sur un traversin. Large déchirure du périnée de 0,03 centimètres. Poids de l'enfant, 3150 grammes.

Obs. VII (Éléve). —J. C..., 23 ans, primipare O.I.G.A. Accouchée le 3 février 1889, chez une sage-femme. Les épau-

les se dégagent très obliquement sans aucune intervention. L'épaule antérieure se dégage complètement jusqu'à l'insertion inférieure du deltoïde. Légère déchirure du périnée. Poids de l'enfant, 3250 grammes.

Obs. VIII (Élève).— J. Ch..., 24 ans, secondipare O.I.D.P. Accouchée le premier février 1889 (Charité). Enfant mort et macéré. Les deux épaules très réduites dans leur volume, se sont dégagées transversalement et simultanément.

Obs. IX (personnelle).— A. J...,31 ans, primipare O.I.G.A. Accouchée le 6 février 1889 (Charité). Durée du travail 24 heures. Périnée résistant. Les deux épaules se sont dégagées rapidement en situation oblique, la plus antérieure la première. Femme couchée le siège soulevé, on avait de plus soulevé la tête de l'enfant. Poids, 3500 grammes.

Obs. X (personnelle).—C. B..., 19 ans, primipare O.I.D.P. Accouchée le 9 février 1889 (Charité). Durée du travail, 48 heures. Périnée résistant. Femme couchée le siége relevé. On soutient légèrement la tête avec la main. Les épaules se dégagent obliquement l'antérieure la première avec un prolapsus de la main et de l'avant-bras gauche. Poids de l'enfant, 3400 grammes. Diamètre bi-acromial 12 1/2. Cervico-acromial 7 1/2. Deltoïdo-acromial 13 1/2.

Obs. XI (Élève). — A. S..., 25 ans, multipare O.I.G.A. Accouchée le 4 février 1889, chez madame Dolesky, sage-femme. Durée du travail, 8 heures. Périnée peu résistant. Femme couchée dans le décubitus horizontal, les épaules soulevées par des oreillers. L'épaule antérieure se dégage la première obliquement à droite. Poids de l'enfant, 3150 gr.

Obs. XII (personnelle).— A. A..., 31 ans,primipare O.I.G.A. Durée du travail, 66 heures. Accouchée le 9 février 1889 (Charité). Périnée très résistant. Après la sortie de la tête, la femme s'arcboute, pousse violemment, et sans que nous ayons pu intervenir, les deux épaules se sont dégagées simultanément dans le diamètre oblique de la vulve. Légère déchi-

rure du périnée. Poids de l'enfant, 3250 grammes. Diamétre bi-acromial 11 1/2. Cervico-acromial 9. Deltoïdo-acromial 12 1/2.

Obs. XIII (Élève). — M. B..., 20 ans, primipare O.I.D.P. Accouchée le 21 février 1889, chez une sage-femme. Travail long. Aprés la sortie de la tête, les deux épaules se sont dégagées ensemble, très rapidement, sans intervention. Poids de l'enfant, 3175 grammes Femme couchée horizontalement, les épaules relevées.

Obs. XIV (Élève). — P. M..., 37 ans, multipare O.I.D.P. Angle sacro-vertébral accessible. Accouchée le 25 février 1889. Sage-femme. Durée du travail, 11 heures. L'épaule antérieure se dégage obliquement la premiére sans intervention. La femme couchée horizontalement, les épaules soulevées. Poids de l'enfant, 3880 grammes.

Obs. XV (Élève). — C. M..., 21 ans, secondipare O.I.G.A. Accouchée le 2 mars 1889 (Charité). Durée du travail, 14 heures. Femme couchée le siége soulevé. Les deux épaules réduites se sont dégagées trés vite simultanément dans le diamètre oblique droit de la vulve. Poids de l'enfant, 3500 gr.

Obs. XVI (Élève). — M. G..., 19 ans, primipare O.I.G.A. Accouchée le 3 février 1889, chez une sage-femme. Durée du travail, 20 heures. Périnée résistant. Aussitôt aprés le dégagement de la tête, survient une violente contraction, l'épaule antérieure se dégage la premiére obliquement à droite sans intervention. Poids de l'enfant, 3200 grammes.

Obs. XVII (personnelle). — A. L..., 20 ans, primipare O.I.G.P. Accouchée le 2 mars 1889 (Charité). Durée du travail, 18 heures. Périnée résistant. La sortie des épaules s'effectue brusquement. L'épaule antérieure semble être sortie la premiére. Poids de l'enfant, 2900 grammes. Femme couchée le siége soulevé.

Obs. XVIII (Élève).— M. L..., 23 ans, O.I.G.P. 3e enfant. Accouchée le 5 mars (Charité). Durée du travail, 6 heures et

demi. Femme couchée le siège soulevé. Les épaules sortent simultanément dans le diamètre oblique gauche. Poids de l'enfant, 3200 grammes.

Obs. XIX(M. Legrand). —E. R..., 24 ans,primipare O.I.G.T. Angle sacro-vertébral accessible. Accouchée le 15 décembre 1888. Durée du travail, 36 heures. Dégagement transversal des épaules. Poids de l'enfant, 2950 grammes.

Obs. XX (personnelle). —M. M., 22 ans,secondipare, O.I.G.A. Accouchée le 22 février 1889 (Charité). Durée du travail, 12 heures. Femme placée dans le décubitus latéral gauche. Les épaules se dégagent obliquement. L'épaule postérieure s'est dégagée, un peu avant la postérieure. Poids de l'enfant, 3800 grammes. Diamètre bi-acromial 12. Cervico-acromial 8 1/2. Deltoïdo-acromial 13.

Obs. XXI (personnelle). — D. J., 22 ans, troisième enfant O.I.D.P. Accouchée le 7 mars 1889, sage-femme. Durée du travail, 12 heures. Périnée assez résistant. La rotation des épaules ne se fait pas complètement. L'épaule droite postérieure se dégage la première avec un prolapsus de la main droite. La femme était placée dans le décubitus latéral droit. Poids de l'enfant, 3450 grammes. Circonférence occipito-frontale 0,35. Circonférence bi-acromiale 0,34.

Obs. XXII (personnelle). — E. M..., 21 ans, primipare O.I.G.A. Accouchée le 7 mars 1889 (Charité). Durée du travail 19 heures. Périnée résistant. Femme placée dans le décubitus latéral gauche. Les épaules se dégagent presque transversalement, l'épaule droite apparaît la première hors des organes génitaux. Poids de l'enfant, 3300 grammes. Circonférence occipito-frontale 0,33. Circonférence bi-acromiale 29c. 1/2.

Obs. XXIII (Élève). — J. B., 29 ans, primipare O.I.G.A. Accouchée le 10 mars 1889, chez une sage-femme. Durée du travail 20 heures. Femme dans le décubitus latéral gauche. Les épaules se dégagent obliquement, la droite la première

avec un prolapsus de l'avant-bras et de la main droite. Poids de l'enfant, 3600 grammes.

Obs. XXIV (Élève).— M. L..., 22 ans, primipare O.I.G.A. Accouchée le 11 mars 1889, chez une sage-femme. Durée du travail, 18 heures. Femme dans le décubitus latéral gauche. Dégagement oblique et simultané des épaules. Poids de l'enfant, 3725 grammes.

Obs. XXV (M. Legrand). — M. M..., 22 ans, primipare O.I.D.P. Accouchée le 30 novembre 1888 (Charité). Durée du travail, 8 heures 1/2. Femme placée dans le décubitus latéral gauche. Les deux épaules se sont dégagées simultanément et très obliquement. Poids de l'enfant, 3150 grammes.

CONCLUSIONS

Il ressort des théories que nous avons exposées dans ce travail, théories basées sur des observations prises avec la plus grande impartialité, qu'il dépend en grande partie de l'accoucheur, d'obtenir tel ou tel dégagement des épaules, selon qu'il mettra la parturiente dans telle ou telle position, suivant qu'il soutiendra la tête de l'enfant après son dégagement, ou qu'il la laissera pendante en dehors des organes génitaux maternels. Nous pensons donc qu'il est impossible de dire d'une manière absolue quel est le vrai mécanisme du dégagement des épaules.

En effet, prenons une femme primipare ou multipare peu importe, dont le bassin est bien conformé ; qu'on place cette femme horizontalement dans le décubitus dorsal, qu'on élève son bassin avec des draps de lit ; qu'on

laisse la rotation des épaules se faire librement sans soutenir la tête ; on aura 90 chances sur 100, de voir l'épaule antérieure se dégager la première.

Qu'on prenne cette même femme, dans les mêmes conditions, qu'on la mette dans la position indiquée par les anciens accoucheurs, et par M. le professeur Hubert de Louvain en particulier, c'est-à-dire le tronc relevé et l'axe utérin dirigé d'avant en arrière et de haut en bas ; qu'on soutienne la tête de l'enfant sans la soulever, au moment où elle se dégage à la vulve ; on aura autant de chances que plus haut de voir se dégager l'épaule postérieure la première, et l'épaule antérieure venir se fixer derrière la symphyse du pubis.

Quant au dégagement oblique des épaules, il dépend moins de l'intervention de l'accoucheur ; il peut du reste être considéré comme une anomalie. Disons seulement qu'il semble plus fréquent lorsque la femme est dans le décubitus dorsal et qu'on élève son bassin, lorsqu'on la place dans le décubitus latéral, que lorsqu'elle est couchée les lombes, les épaules et la tête soulevées. Il paraît être un peu plus fréquent chez les primipares que chez les multipares, dans les positions postérieures ou l'occiput de l'enfant est dirigé en arrière, que dans les antérieures.

Nous pouvons au point de vue pratique résumer toute cette question par les deux propositions suivantes :

1° Quelle est la meilleure position à donner à la femme sur son lit de misère pour qu'elle soit le plus commodément et pour que l'accoucheur puisse intervenir facilement en cas de besoin.

2° Quel est le dégagement des épaules qui expose le moins aux déchirures du périnée.

Nous avons passé en revue les différentes positions qui ont été données à la parturiente à la fin du travail, nous avons vu tous les avantages incontestables que réunit celle indiquée par M. le professeur Tarnier : 1° On soutient facilement le périnée ; 2° la tête du fœtus n'est pas en contact avec les liquides qui souillent le lit ; 3° on aide plus facilement au dégagement des épaules et du tronc ; 4° on procède plus aisément à la délivrance.

Mais tous ces avantages, en réalité, n'intéressent que l'accoucheur, car la parturiente a la tête trop basse, et se trouve dans une mauvaise position pour faire les efforts d'expulsion. Aussi serions-nous tenté de choisir le lit proposé par M. le professeur Hubert de Louvain. Revenons un peu sur la manière dont il est construit. « Sur une paillasse ou sur un premier matelas, on en place un second que l'on plie en double, de manière que le chef inférieur dépasse le supérieur de 30 ou 40 centimètres, des alèzes, des draps pliés en plusieurs doubles préservent les matelas. La femme est assise sur le chef inférieur du deuxième matelas, de telle façon que le périnée déborde assez pour pouvoir le soutenir. Les épaules et la tête sont soulevées par des oreillers.

La femme ainsi couchée semble être mieux à son aise, ses reins sont mieux soutenus, elle éprouve moins les douleurs lombaires violentes qu'accusent toutes les femmes en travail, à la fin de la dilatation du col. Enfin au moment du travail d'expulsion, les efforts sont plus faciles, car cette position se rapproche d'avantage de celle que

l'on prend instinctivement au moment de l'expulsion des matières fécales, l'enfant lui-même étant poussé plus directement en bas et en arrière, sa tête appuiera davantage sur le plancher périnéal et la région sous-occipitale s'engagera mieux sous la symphyse pubienne. Quant à l'accoucheur, il lui sera tout aussi facile d'intervenir, s'il est nécessaire de le faire, que dans la position indiquée plus haut. En effet, le périnée déborde complètement le chef inférieur du deuxième matelas, il est donc parfaitement accessible et facile à soutenir. La tête de l'enfant ne repose plus sur le lit de la mère et ne sera pas en contact avec les liquides qui le souillent, du reste nous pensons qu'il est bon de relever la tête de l'enfant, lorsqu'elle s'est dégagée et qu'elle s'incline entre les jambes de la mère.

Nous avons expérimenté nous même cette façon de coucher la parturiente sur son lit de misère ; nous en avons été pleinement satisfait et nous en avons constaté tous les avantages que nous venons d'énumérer. Mais si on se rappelle ce que nous avons dit à propos du mécanisme de dégagement des épaules, cette position est de toutes la plus favorable au dégagement primitif de l'épaule postérieure, dégagement qui nous semble de beaucoup préférable à celui de l'épaule antérieure la première. C'est ce qu'il nous reste à démontrer.

Voici comment, dans son mémoire, s'exprime à ce sujet M. le Dr Lefour de Bordeaux. « Dans le mécanisme du dégagement de l'épaule antérieure la première, l'épaule postérieure entraîne avec elle la gouttière périnéale qui s'allonge, s'amincit de nouveau et cède aux violences qu'on exerce sur elle le plus souvent ; cette rupture est

d'autant moins inévitable que le plus souvent chez les primipares, la fourchette est intéressée et que la moindre moucheture en ce point, ne saurait mieux être comparée qu'au classique coup de ciseaux que pratique le commis de nouveauté, sur la pièce d'étoffe qu'il veut déchirer.

Quand on dégage l'épaule postérieure la première, pendant tout le temps que dure le dégagement ; ce n'est pas l'extrémité postérieure du diamètre bi-acromial qui parcourt la gouttière périnéale, mais bien l'extrémité postérieure du diamètre cervico-acromial, plus petit que le précédent, plus petit même que le cervico-frontal. — Dans la deuxième partie de la manœuvre, on économise tout autant la sangle périnéale ; en effet, lorsque après avoir dégagé l'épaule postérieure, on tire un peu en bas et en arrière pour dégager l'épaule antérieure, on presse forcément dans le même sens sur la commissure antérieure du périnée par l'intermédiaire de l'épaule postérieure qui appuie sur elle. Mais il n'est plus question d'allongement d'amincissement, même modéré ; il semble plutôt qu'on fasse le raccourcissement et même de l'épaississement de la cloison recto-vaginale. »

L'explication que nous donne M. le Dr Lefour de Bordeaux, est complètement en rapport avec notre manière de voir ; tous les auteurs, du reste, sont d'accord pour admettre que lorsqu'on est obligé d'intervenir au moment de la sortie des épaules, il faut dégager l'épaule postérieure la première, parce qu'elle est plus la facile.

Malgré tout, nous croyons qu'il n'y aurait pas grand inconvénient à ce que l'épaule antérieure se dégage la première, à ce que le diamètre bi-acromial vienne se

mettre en rapport avec le diamètre antéro-postérieur de la vulve, si ce diamètre bi-acromial était toujours plus petit que le diamètre occipito-frontal. Mais M. Hœft de Strasbourg, dont nous avons déjà parlé, a démontré que 34 fois sur 133 fois environ, il a trouvé la circonférence des épaules plus grande que celle de la tête ; nous avons nous même vu se présenter ce fait deux fois dans le cours de nos observations. Dans ces cas le périnée serait très fortement distendu et il s'en suivrait presque à coup sûr une déchirure. Nous avons démontré dans la première partie de ce travail, comment on évite cet accident en dégageant l'épaule postérieure la première.

De plus, lorsque l'épaule antérieure vient se placer la première sous la symphyse pubienne, si on n'a pas la précaution de relever la tête de l'enfant, c'est rarement son diamètre bi-acromial qui vient se mettre en rapport avec le diamètre antéro-postérieur de la vulve ; c'est un diamètre beaucoup plus grand, le diamètre deltoïdo-aoromial. Voici ce qui se passe, l'acromion de l'épaule antérieure au lieu de se fixer sous la symphyse pubienne s'avance au-devant d'elle, de telle sorte que l'épaule antérieure se dégage toute entière jusqu'à l'insertion inférieure du deltoïde, nous l'avons vu se dégager jusqu'au niveau de la saillie du coude. Il est très difficile dans ces cas de faire parcourir le plancher périnéal à l'épaule postérieure ; elle se coiffe pour ainsi dire du périnée distendu et en détermine presque toujours la rupture. Parmi les 93 observations que nous publions, nous ne relevons que 10 déchirures du périnée. Parmi ces dix cas de déchirure, 5 ont été produites par

le mécanisme que nous indiquons, l'épaule antérieure s'étant complètement dégagée la première, 3 se sont produites l'épaule postérieure se dégageant la première et 2 les épaules se dégageant obliquement.

Nous concluerons donc en disant : 1° qu'il nous semble impossible de dire, d'une manière absolue, quel est le vrai mécanisme du dégagement des épaules ; 2° que la position qui favorise le plus de dégagement de l'épaule postérieure la première, nous semble aussi la plus commode pour la parturiente et pour l'accoucheur ; 3° que le dégagement primitif de l'épaule postérieure, nous paraît être le plus avantageux et exposer le moins aux déchirures du périnée.

Vu par le Président de la thèse,
LABOULBÈNE

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

Paris. — Imp. des Écoles, H. Jouve, 23, rue Racine.